



Ratgeber Pflege

Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen.

Ratgeber Pflege
Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen.

Stand: Oktober 2009

Inhaltsverzeichnis

I. Ich bin abgesichert bei Pflegebedürftigkeit	7
1.1. Was ist die Pflegeversicherung?	7
a. Grundlagen der Pflegeversicherung	7
b. Pflegereform 2008	9
1.2. Wer ist versichert?	11
a. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung	11
b. Familienversicherte	11
c. Freiwillig Versicherte	11
d. Privat Versicherte	12
e. Versicherungspflicht auch für alle Übrigen	12
f. Weiterversicherung	13
g. Eigenversorge/Zusatzversicherung	14
1.3. Wie wird die Pflegeversicherung finanziert?	15
1.3.1. a. Beitragssatz	15
b. Beitragsszuschlag für Kinderlose	17
c. Beitragsbemessungsgrenze	21
1.3.2. Finanzierung der privaten Pflege-Pflichtversicherung	23
1.4. Wer ist pflegebedürftig?	26
a. Pflegebedürftigkeit	26
b. Antragstellung	26
c. Voraussetzung für Leistungsansprüche	27
d. Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung	28
e. Pflegestufen	29
f. Hilfe bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	31
1.5. Pflegebedürftigkeit – was nun? Ein Leitfaden	38

II. Ich benötige Betreuung und Leistungen der Pflegeversicherung	41
2.1. Pflege zu Hause – welche Möglichkeiten gibt es?	41
a. Ambulanter Pflegedienst.....	41
b. Pflegegeld.....	42
c. Einzelpflegekräfte.....	45
d. Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege).....	45
e. Betreuungsbetrag	46
f. Neue Wohnformen – Senioren-WG	47
g. Zusammenlegen von Leistungen („Poolen“)	48
h. Pflegehilfsmittel.....	48
i. Wohnungsanpassung.....	49
2.2. Pflege im Heim – welche Möglichkeiten gibt es?	51
a. Vollstationäre Versorgung.....	51
b. Teilstationäre Versorgung.....	52
c. Kurzzeitpflege.....	53
d. Heime.....	54
2.3. Welche besonderen Leistungen und sonstige Maßnahmen gibt es für demenziell erkrankte Menschen?	56
a. Betreuungsbetrag	56
b. „Pflegestufe 0“	56
c. Zusätzliches Personal in Heimen	57
d. Leuchtturmprojekt Demenz.....	58
2.4. Welche Pflegeleistungen werden von der Krankenkasse bezahlt?	59
2.5. Welche Förderung gibt es für Rehabilitation und Prävention?	61

III. Ich möchte eine Angehörige oder einen Angehörigen zu Hause pflegen.....	65
 3.1. Wie wird die Pflege in der Familie gefördert?.....	65
a. Finanzielle Unterstützung (Pflegegeld).....	65
b. Soziale Absicherung der Pflegeperson.....	65
c. Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege).....	67
d. Pflegekurse für Angehörige.....	68
 3.2. Wie kann ich Beruf und Pflege miteinander verbinden?.....	69
a. Pflegezeit.....	69
b. Soziale Absicherung während der Pflegezeit.....	70
c. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung.....	71
IV. Ich brauche eine umfassende und individuelle Beratung.....	73
 4.1. Wo kann ich mich über die Pflege informieren?.....	73
 4.2. Wo erhalte ich Beratung unter einem Dach?.....	73
a. Pflegestützpunkt.....	73
b. Bestehende Beratungsstellen zur Pflege.....	76
c. Finanzierung der Pflegestützpunkte.....	77
 4.3. Wer steht mir beratend zur Seite?.....	79
a. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater.....	79
b. Individuelle Beratung (Fallmanagement).....	80
c. Beratungseinsätze.....	82

V. Ich erwarte für die Pflege eine hohe Qualität	85
5.1. Wie wird die Qualität in den Heimen sichergestellt?	85
a. Qualitätsprüfung.....	85
b. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)	86
c. Verfahren bei Qualitätsmängeln.....	88
d. Bürokratieabbau.....	89
e. Vertragsgestaltung zwischen Pflegeheimen und Pflegekassen.....	90
f. Bezahlung der Pflegekräfte.....	91
5.2. Wie informiere ich mich über die Qualität einer Pflegeeinrichtung?	92
a. Wie wird Qualität geprüft?	92
b. Qualitätsberichte.....	92
VI. Ich möchte mich in der Pflege zurechtfinden	95
Glossar – die wichtigsten Begriffe zur Pflege	95



I. Ich bin abgesichert bei Pflegebedürftigkeit

1.1. Was ist die Pflegeversicherung?

a. Grundlagen der Pflegeversicherung

Am 1. Januar 1995 wurde die letzte große Lücke in der sozialen Versorgung geschlossen:

Seither gibt es die Pflegeversicherung als neuen eigenständigen Zweig der Sozialversicherung (5. Säule). Da prinzipiell jeder einmal auf diese Hilfe angewiesen sein kann, wurde schon bei der Einführung der Pflegeversicherung eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Versicherten festgelegt. Das bedeutet: Jeder, der gesetzlich krankenversichert ist, ist automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert und jeder privat Krankenversicherte muss eine private Pflegeversicherung abschließen. Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert, die Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte entrichten.

Wann und wie viel Leistungen ein Pflegebedürftiger aus der Versicherung bekommt, hängt von Grad und Dauer der Hilfebedürftigkeit ab. Braucht jemand nur Hilfe beim täglichen Waschen und Einkaufen? Kann die Person allein essen oder nicht? Kann sie zu Hause wohnen oder braucht sie rund um die Uhr Betreuung? Je nach Umfang des Hilfebedarfs gibt es verschiedene Pflegestufen. Die Pflegeversicherung gibt dabei den Pflegebedürftigen die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden wollen. Sie haben die Wahl, Hilfe von professionellen Fachkräften in Anspruch zu nehmen, oder sie bekommen Geld, das sie den pflegenden Angehörigen als finanzielle Anerkennung geben können. Oberstes Ziel ist es, den pflegebedürftigen Menschen weitestgehend ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Allerdings deckt die soziale Pflegeversicherung häufig nicht alle Kosten der Pflege ab, den Rest trägt der Pflegebedürftige oder seine Familie selbst. Sie wird deshalb auch als „Teilkasko-Versicherung“ oder

Kernsicherungssystem bezeichnet. Im Elften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) finden sich alle wichtigen Regelungen zur Pflegeversicherung.

Warum war die Einführung der Pflegeversicherung notwendig?

Alle Industrienationen haben eines gemeinsam: ihre Gesellschaft wird immer älter. Nach den Vorausschätzungen zur Bevölkerungsentwicklung wird in Deutschland die Anzahl älterer Personen (60 Jahre und älter) von 2005 bis zum Jahr 2030 um 8,5 Mio. Menschen auf 28,5 Mio. ansteigen.

Ein heute sieben Jahre altes Mädchen hat gute Chancen, das 22. Jahrhundert zu erleben. Diese positive Entwicklung hat jedoch auch eine Kehrseite. Ab dem 80. Lebensjahr steigt die statistische Wahrscheinlichkeit, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, rapide an – auf 28,6 Prozent. Das heißt: je älter die Bevölkerung, desto höher die Zahl der Pflegebedürftigen.

Pflegebedürftigkeit bedeutet für Betroffene und ihre Angehörigen große physische, psychische und finanzielle Belastungen. Zumal sich Familienstrukturen verändert haben: in den Familien gibt es weniger Kinder, oft sind diese berufstätig und können sich nicht so intensiv um ihre Eltern kümmern, wie es früher einmal der Fall war. Um Pflegebedürftige und ihre Familien zu entlasten, wurde die Pflegeversicherung eingeführt. Denn nach der Verfassung der Bundesrepublik Deutschland ist unser Land ein sozialer Rechtsstaat, der seinen Bürgerinnen und Bürgern für die wesentlichen Lebensrisiken einen angemessenen Schutz garantieren muss.

Wie viele Menschen sind derzeit auf die Pflegeversicherung angewiesen?

Rund 2,25 Mio. Menschen nehmen jeden Monat Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Dabei erhält der überwiegende Teil (rund 1,53 Mio.) ambulante Leistungen, stationär gepflegt werden rund 0,72 Mio. Menschen (Stand August 2009).

b. Pflegereform 2008

In der Pflege wird deutlich, was es heißt, in einer Gesellschaft zu leben, in der sich Lebensentwürfe und Familienstrukturen stark wandeln. Ein Großteil der älteren Menschen möchte zu Hause gepflegt werden, doch ihre Angehörigen wissen häufig nicht, wie sie die Pflege zu Hause organisieren sollen. Übernehmen die berufstätigen Kinder die Pflege, muss insbesondere geklärt werden, wie sie in dieser Zeit sozial abgesichert sind. Demenziell erkrankte Menschen brauchen nicht nur Hilfe bei der körperlichen Pflege, sondern auch Betreuung. Wer für seinen Angehörigen einen Platz in einem Pflegeheim sucht, möchte wissen, wie es um die Qualität der Pflegeeinrichtung bestellt ist.

Die Pflegereform – das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – passt die Strukturen in der Pflegeversicherung besser an die Bedürfnisse der Menschen an. Sie verbessert die Qualität der Pflege, macht gute und weniger gute Einrichtungen für Bürgerinnen und Bürger transparent und die erbrachten Leistungen besser vergleichbar. Und sie trägt dazu bei, dass pflegebedürftige Menschen so leben, wohnen und betreut werden, wie sie es gerne möchten.



Mehr Zeit für- und miteinander.

Welche Veränderungen brachte die Reform?

Die Reform bringt spürbare und konkrete Neuerungen für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte.

Die wichtigsten Veränderungen im Überblick

- Die meisten Leistungen werden bis 2012 schrittweise erhöht,
- der Betreuungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (wie etwa demenziell oder psychisch erkrankte Menschen) steigt von bisher bis zu 460 Euro jährlich auf bis zu 1.200 Euro (Grundbetrag) bzw. bis zu 2.400 Euro (erhöhter Betrag),
- in Heimen können für Menschen, die besondere Betreuung brauchen, Betreuungsassistenten eingestellt werden,
- ein Rechtsanspruch auf individuelle und umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement) wird eingeführt,
- Pflege- und Krankenkassen richten Pflegestützpunkte ein, wenn die einzelnen Bundesländer sich für den Aufbau von Pflegestützpunkten entscheiden,
- pflegende Angehörige bekommen Anspruch auf eine Pflegezeit von bis zu sechs Monaten, in der sie kein Gehalt erhalten, aber sozialversichert bleiben. Wird ein Angehöriger unerwartet pflegebedürftig, gibt es die Möglichkeit der kurzfristigen Freistellung für bis zu zehn Tage,
- niedrigschwellige Angebote (zum Beispiel Betreuungsgruppen, Tagesbetreuung, Helferinnenkreise zur stundenweise Entlastung von pflegenden Angehörigen) sowie ehrenamtliche Strukturen und die Selbsthilfe im Pflegebereich werden zusätzlich gefördert,
- ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen werden jährlich und grundsätzlich unangemeldet kontrolliert, die Qualitätsberichte werden in verständlicher Form veröffentlicht.

1.2. Wer ist versichert?

Alle sind versichert. Dies wird durch die nachfolgend unter a bis e dargestellten Regelungen gewährleistet. Grundsätzlich ist jeder dort pflegeversichert, wo er krankenversichert ist. Die Systematik im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung behält die Unterscheidung zwischen „Pflichtversicherten“ und „freiwilligen Versicherten“ immer noch bei, obgleich inzwischen alle einer Versicherungspflicht unterliegen.

a. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, gehört automatisch der sozialen Pflegeversicherung an. Einen gesonderten Antrag zur Aufnahme in die soziale Pflegeversicherung muss man also nicht stellen. Dies gilt zum Beispiel für Arbeiter, Angestellte, Studierende und Rentner. Wer aus der Versicherungspflicht ausgeschieden ist, zum Beispiel weil er seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt hat, kann sich auf Antrag in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern (siehe dazu unter e).

b. Familienversicherte

Unterhaltsberechtigte Kinder, Ehegatten und Lebenspartner, deren monatliches regelmäßiges Gesamteinkommen nicht höher ist als 360 Euro bzw. 400 Euro bei geringfügig Beschäftigten, sind im Rahmen der Familienversicherung mitversichert. Dies gilt auch für Lebenspartner eingetragener gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften. Sie brauchen keine Beiträge zur Pflegeversicherung zu zahlen.

c. Freiwillig Versicherte

Auch für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung. Als

freiwillig Versicherter können Sie sich von dieser Versicherungspflicht aber befreien lassen. Voraussetzung: Sie müssen sich innerhalb der ersten drei Monate, in denen Sie freiwillig versichert sind, entscheiden, ob Sie sich gesetzlich oder privat pflegeversichern möchten, und Sie müssen dann nachweisen, dass Sie eine entsprechende private Pflegeversicherung abgeschlossen haben.

d. Privat Versicherte

Sofern Sie nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind, sondern einer privaten Krankenversicherung angehören, müssen Sie eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen. Die Leistungen sind denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig. An die Stelle der Sachleistungen tritt jedoch die Kostenerstattung – wie bei der privaten Krankenversicherung.

e. Versicherungspflicht auch für alle Übrigen

Von der Pflegeversicherung sind seit ihrer Einführung 1995 bereits nahezu alle Personen erfasst, auch wenn sie keinen Krankenversicherungsschutz haben.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) bezieht zudem seit 1. April 2007 weitere Personen, die bisher nicht krankenversichert waren, in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Seit 1. Januar 2009 gilt auch eine Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung, wenn nicht bereits eine Versicherungspflicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Im Ergebnis besteht danach praktisch für alle Bürgerinnen und Bürger eine lückenlose Krankenversicherungspflicht. Sie sind – soweit dies nicht schon bereits der Fall war – damit zugleich auch pflegeversichert.

f. Weiterversicherung

Unter bestimmten Bedingungen besteht auch die Möglichkeit, sich auf Antrag als freiwillig Versicherter in der sozialen Pflegeversicherung abzusichern, um den Versicherungsschutz bei Ausscheiden aus der Versicherungspflicht dennoch aufrechtzuerhalten. Sie müssen aber in den vorherigen fünf Jahren mindestens 24 Monate oder in den vorherigen zwölf Monaten ununterbrochen Mitglied der sozialen Pflegeversicherung gewesen sein. Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich ebenfalls auf Antrag weiterversichern.



Versicherungspflicht: Alle Bürgerinnen und Bürger müssen sich für den Pflegefall versichern.

g. Eigenvorsorge/Zusatzversicherung

Warum ist Eigenvorsorge für mich sinnvoll?

Jeder kann, auch überraschend, pflegebedürftig werden. Bereits heute gibt es in Deutschland rund 2,25 Mio. pflegebedürftige Menschen. Aufgrund des zunehmenden Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung ist die Tendenz steigend. Da die gesetzliche Pflege-Pflichtversicherung nur die Grundversorgung absichert, ist eine zusätzliche private Vorsorge sinnvoll. Denn auch in Zukunft werden die tatsächlichen Pflegekosten in der Regel den Pflegekassenanteil übersteigen. Zur Stärkung der Eigenvorsorge wird den Pflegekassen die Möglichkeit eingeräumt, private Pflege-Zusatzversicherungen zu vermitteln.

Welche Arten freiwilliger privater Pflege-Zusatzversicherungen gibt es?

Von vielen Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften werden private Pflegezusatzversicherungen angeboten, die Ihr Risiko von privaten Zuzahlungen abfangen oder abmildern sollen. Solche Zusatzversicherungen können Sie insbesondere auf drei Arten abschließen:

- Als Pflegerentenversicherung, die als Lebensversicherung angeboten wird. Wenn der Versicherte pflegebedürftig wird, zahlt die Versicherung je nach Hilfebedarf eine monatliche Rente aus. Bei dieser Versicherungsart gibt es viele Vertragsvarianten.
- Als Pflegekostenversicherung, die nach Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflichtversicherung die verbleibenden Kosten erstattet. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Tarifen, die Restkosten ganz oder teilweise übernehmen. In jedem Fall ist ein Nachweis der Ausgaben erforderlich.
- Als Pflegetagegeldversicherung, von der gegen Nachweis der Pflegebedürftigkeit ein vereinbarter fester Geldbetrag für jeden Pflegetag gezahlt wird. Das Tagegeld wird unabhängig von den tatsächlichen Kosten durch die Pflege überwiesen.

1.3. Wie wird die Pflegeversicherung finanziert?

Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung wird paritätisch finanziert von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, genau wie die Arbeitslosen-, Kranken- und Rentenversicherung. Dabei deckt die soziale Pflegeversicherung nicht alle Kosten der Pflege ab. Sie ist als „Teilkasko-Versicherung“ konzipiert. Eine komplette Finanzierung der Pflegeleistungen über die Pflegeversicherung würde deutlich höhere Beitragssätze erfordern.

1.3.1.

a. Beitragssatz

Wie hoch ist der Beitragssatz?

Der Beitragssatz lag bis zum 1. Juli 2008 bei 1,7 Prozent des Bruttoeinkommens, bei kinderlosen Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern bei



Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung ist abhängig vom Einkommen.

1,95 Prozent. Seit 1. Juli 2008 liegt der Beitragssatz bei 1,95 Prozent (bei Kinderlosen 2,2 Prozent).

Warum wurden die Beiträge ab 1. Juli 2008 angehoben?

Mit der Beitragserhöhung wurde die bestehende leichte Unterdeckung der laufenden Ausgaben in der Pflegeversicherung ausgeglichen und werden die Leistungsverbesserungen durch die Pflegereform finanziert.

Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte führt in der sozialen Pflegeversicherung zu jährlichen Mehreinnahmen von rund 2,5 Mrd. Euro. Da der Beitragssatz zum 1. Juli 2008 angehoben wurde, betragen die Mehreinnahmen im Jahr 2008 rund 1,3 Mrd. Euro. Dem gegenüber standen in 2008 Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung von rund 0,48 Mrd. Euro. 2009 ergeben sich Mehrausgaben in Höhe von 1,04 Mrd. Euro, in den folgenden drei Jahren steigen die jährlichen Mehrausgaben auf bis zu 2,2 Mrd. Euro an.



Die Pflegereform erhöht schrittweise die Leistungen. Dazu wird der Beitragssatz angehoben.

Welche besondere Regelung gilt bei der Beitragstragung in Sachsen?

In Sachsen ist aufgrund der Feiertagsregelung – dort wurde der Buß- und Betttag zur Finanzierung der Pflegeversicherung nicht abgeschafft – der Arbeitnehmeranteil bei der Pflegeversicherung höher als im übrigen Bundesgebiet. Dies wurde auch nach der Beitragserhöhung beibehalten: Von den 1,95 Prozent Pflegebeitrag entfallen in Sachsen 1,475 Prozent auf den Arbeitnehmer (plus 0,25 Prozentpunkte bei kinderlosen Beitragzahlern) und 0,475 auf den Arbeitgeber, während es im übrigen Bundesgebiet jeweils 0,975 Prozent für Arbeitgeber und -nehmer sind.

	Arbeitnehmer	Kinderloser Arbeitnehmer	Arbeitgeber
Beitragstragung			
Sachsen	1,475 v. H.	1,725 v. H.	0,475 v. H.
Übrige Bundesländer	0,975 v. H.	1,225 v. H.	0,975 v. H.

b. Beitragszuschlag für Kinderlose

Wer muss einen Beitragszuschlag bezahlen?

Grundsätzlich müssen alle kinderlosen Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2005 zusätzlich zu dem „normalen“ Beitragssatz einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten entrichten. Der Beitragssatz für Kinderlose liegt seit dem 1. Juli 2008 bei 2,2 Prozent, der „normale“ Beitragssatz bei 1,95 Prozent. (Bis zum 30. Juni 2008 lag der Beitragssatz für Kinderlose bei 1,95 Prozent, der „normale“ Beitragssatz bei 1,7 Prozent.) Ausgenommen sind nur kinderlose Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, Mitglieder bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) und Wehr- und Zivildienstleistende. Die Gründe für die Kinderlosigkeit spielen keine Rolle, sondern es wird allein auf das Vorliegen der objektiven Tatsache abgestellt.

Wie wird der Beitragszuschlag zur sozialen Pflegeversicherung gezahlt?

Die Zahlung des Beitragszuschlags erfolgt im Rahmen des für den Pflegeversicherungsbeitrag üblichen Beitragseinzugsverfahrens. Die beitragsabführende Stelle (also zum Beispiel der Arbeitgeber vom Arbeitsentgelt oder die Versorgungswerke von den Versorgungsbezügen) behält den zusätzlichen Beitragsanteil in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten ein und führt diesen zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die Einzugsstelle ab.



Wer Kinder hat, zahlt geringere Beiträge als Kinderlose.

Welche Regelungen gelten für Rentnerinnen und Rentner ohne Kinder?

Alle kinderlosen Altersrentnerinnen und -rentner, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, müssen keinen Beitragszuschlag zahlen. Auch Bezieher von Versorgungsbezügen (zum Beispiel Betriebsrenten), die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, müssen aus den Versorgungsbezügen keinen erhöhten Beitrag zahlen.

Bei kinderlosen Rentnerinnen und Rentnern, die nach dem 1. Januar 1940 geboren sind, wird der Beitragszuschlag ebenso wie die bisherigen Pflegeversicherungsbeiträge von der Rente durch den Rentenversicherungsträger einbehalten und an die Pflegeversicherung abgeführt.

Bei kinderlosen Versorgungsempfängern, die ab dem 1. Januar 1940 geboren sind, gilt das bisher für die Pflegeversicherungsbeiträge von Versorgungsempfängern übliche Beitragsverfahren. Für Versorgungsempfänger, die zugleich eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, behalten die Zahlstellen die Beiträge aus den Versorgungsbezügen ein und zahlen sie an die zuständige Kasse.

Kinderlose Versorgungsempfänger, die ab 1940 geboren sind und keine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, müssen den erhöhten Beitrag selbst an die Kasse zahlen.

Pauschalzahlung durch die Bundesagentur für Arbeit

Für bestimmte zuschlagspflichtige Leistungsbezieher der Bundesagentur für Arbeit werden die Beitragszuschläge pauschal in Höhe von 20 Mio. Euro pro Jahr von der Bundesagentur für Arbeit an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung gezahlt. Dies dient der Verwaltungsvereinfachung. Das einzelne Mitglied muss keinen Beitragszuschlag zahlen. Diese Regelung gilt für Bezieher von Arbeitslosengeld I, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld und – soweit die Bundesagentur beitragszahlungspflichtig ist – für Bezieher von Berufsausbildungsbeihilfe.

Müssen kinderlose behinderte Menschen den Beitragszuschlag zahlen?

Der Beitragszuschlag kommt nur für kinderlose behinderte Menschen in Betracht, die eigenständiges beitragspflichtiges Mitglied der sozialen Pflegeversicherung sind. Behinderte Menschen sind nach geltendem Recht sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der Pflegeversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus beitragsfrei über ihre Eltern versichert, wenn sie wegen körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung außer Stande sind, für ihren Unterhalt selbst aufzukommen. Sie sind bei Kinderlosigkeit somit auch zuschlagsfrei.



Auch behinderte Menschen sind über die Pflegeversicherung abgesichert.

Behinderte Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen, die sich im Berufsbildungsbereich befinden und Ausbildungsgeld oder Übergangsgeld von der Bundesagentur für Arbeit erhalten, brauchen keinen Beitragszuschlag bei Kinderlosigkeit zu zahlen. Denn die Bezieher dieser Leistungen sind einbezogen in die Pauschalzahlung der Bundesagentur für Arbeit in Höhe von 20 Mio. Euro pro Jahr in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung.

Wird bei der Erhebung des Beitragszuschlags das Existenzminimum besonders berücksichtigt?

Trotz des Beitragszuschlags bleibt das Existenzminimum des Einzelnen gesichert, weil der Kinderlosenzuschlag bei der Festlegung der Sozialhilfe berücksichtigt wird. Alle Menschen, also auch behinderte Menschen, die mit ihrem Einkommen nicht auskommen und ergänzend auf Sozialhilfe oder Grundsicherung zurückgreifen müssen, erhalten dann höhere Sozialhilfeleistungen, weil auf den Sozialhilfeanspruch nur das Einkommen nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge, also einschließlich des Kinderlosenzuschlags, angerechnet wird. Damit ist sichergestellt, dass durch den Kinderlosenzuschlag das sozialhelferechtliche Existenzminimum nicht angetastet wird.

c. Beitragsbemessungsgrenze

Wie hoch ist die Beitragsbemessungsgrenze in der sozialen Pflegeversicherung?

Für die soziale Pflegeversicherung gilt dieselbe Beitragsbemessungsgrenze wie für die gesetzliche Krankenversicherung. Im Jahr 2009 liegt diese Einkommensgrenze, bis zu der Einnahmen für die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge herangezogen werden, bei 44.100 Euro im Jahr (3.675 Euro monatlich).

Für 2010 liegt die Grenze bei 45.000 Euro im Jahr (3.750 monatlich).

**Rechengrößen der Sozialversicherung sowie
Beitragshöhen der Pflegeversicherung ab 1. Januar 2010 in Euro**

	Jahr	Monat
Renten- und Arbeitslosenversicherung – West	66.000,00	5.500,00
Renten- und Arbeitslosenversicherung – Ost	55.800,00	4.650,00
Kranken- und Pflegeversicherung	45.000,00	3.750,00
Bezugsgröße in der Rentenversicherung – West	30.660,00	2.555,00
Bezugsgröße in der Rentenversicherung – Ost	26.040,00	2.170,00
Bezugsgröße in der Kranken- und Pflegeversicherung	30.660,00	2.555,00
Geringfügigkeitsgrenze ¹⁾		400,00
Grenze für Familienversicherung ohne geringf. Beschäftigung		365,00
Grenze für Familienversicherung mit geringf. Beschäftigung		400,00
PV-Mindestbeitrag für freiwillige Mitglieder ²⁾		16,61
PV-Mindestbeitrag für freiwillige Selbstständige ³⁾		37,37
Höchstbeitrag Pflegeversicherung		73,12
PV-Beitrag bei Weiterversicherung im Ausland ⁴⁾		8,30
PV-Beitrag für Studenten		9,99
Beitrag für Studenten PPV (bis 34 J.)		16,80
Höchstbetrag Beamte PPV		29,25
Ehegatten PPV		109,68

¹⁾ Bis zu diesem Einkommen trägt der Arbeitgeber die Beiträge zur Sozialversicherung allein.

²⁾ Bemessungsgrundlage: 90. Teil der mtl. BZG.

³⁾ Bemessungsgrundlage: 40. Teil der mtl. BZG.

⁴⁾ Bemessungsgrundlage: 180. Teil der mtl. BZG.

Beitragssätze:

Rentenversicherung	19,9 v.H.
Arbeitslosenversicherung	2,8 v.H.
Pflegeversicherung	1,95 v.H.

1.3.2. Finanzierung der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Der privaten Pflege-Pflichtversicherung gehören diejenigen an, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind; über die Pflege-Pflichtversicherung wird ein privater Versicherungsvertrag abgeschlossen. Private Pflegeversicherungen arbeiten auf Basis des so genannten Anwartschaftsdeckungsverfahrens. Das bedeutet, es müssen Altersrückstellungen gebildet werden. In der privaten Pflegeversicherung bemisst sich die Prämienhöhe nicht – wie in der sozialen Pflegeversicherung – nach dem Einkommen bzw. der Leistungsfähigkeit der Versicherten. Arbeitnehmer, die Mitglied einer privaten Pflegeversicherung sind, erhalten einen Beitragszuschuss ihres Arbeitgebers, und zwar in der Höhe, in der ein Arbeitgeberanteil in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre.

Wie hoch sind die Prämien in der privaten Pflege-Pflichtversicherung?

Die Prämienkalkulation in der privaten Pflegeversicherung richtet sich nach dem individuellen Versicherungsrisiko, das regelmäßig mit dem Alter steigt. Im Unterschied zur privaten Krankenversicherung hat jedoch der Gesetzgeber in der privaten Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten allen privaten Versicherungsunternehmen in erheblichem Umfang Rahmenbedingungen für eine sozialverträgliche Prämien gestaltung vorgegeben. So dürfen die Prämien nicht nach dem Gesundheitszustand gestaffelt, Vorerkrankungen nicht ausgeschlossen und bereits pflegebedürftige Personen nicht zurückgewiesen werden und Kinder werden beitragsfrei mitversichert.

Bei der Prämienhöhe war bisher eine Unterscheidung zwischen Versicherten (nach § 110 Abs. 1 SGB XI) gemacht worden, die bereits von Anfang an, also seit Einführung der privaten Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995, ohne Unterbrechung privat pflegeversichert waren, und Versicherten (nach § 110 Abs. 3 SGB XI), die erst später privat pflegeversichert wurden. Bei den von Anfang an Versicherten ist der Beitrag zur privaten Pflegeversicherung auf

den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt worden und für den Ehepartner ohne eigenes Einkommen oder mit nur geringfügigem Einkommen (360 Euro bzw. 400 Euro bei geringfügig Beschäftigten) ist eine Prämienvergünstigung vorgesehen worden, nach der für beide Ehegatten zusammen die Höchstprämie nicht mehr als 150 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung betragen darf. Bei den späteren Neuzugängen gilt für die Dauer von fünf Jahren keine Beitragsbegrenzung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung und somit müssen sie – je nach Alter und Gesundheitszustand – erhöhte Beiträge tragen. Außerdem gibt es auch keine Ehegattenermäßigung. Nach Ablauf der fünf Jahre darf die Prämie den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung nicht überschreiten.

Seit Inkrafttreten der Pflegereform gilt, dass Personen, die im Bereich der privaten Krankenversicherung im Standardtarif nach § 315 SGB V oder im Basistarif (seit 1. Januar 2009) einen besonderen sozialen Schutz erhalten, im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung in die umfangreicheren Schutzbestimmungen des § 110 Abs. 1 SGB XI und nicht in die ungünstigeren Bedingungen des § 110 Abs. 3 SGB XI einbezogen werden. Die günstigeren Bedingungen gelten unabhängig davon, ob ihre private Pflege-Pflichtversicherung schon seit dem 1. Januar 1995 besteht oder erst später abgeschlossen wurde.

Gibt es einen Basistarif in der privaten Pflege-Pflichtversicherung?

Nein, da die private Pflege-Pflichtversicherung bereits gleichwertige Versicherungsleistungen wie die soziale Pflegeversicherung zu erbringen hat. Aber: Auch in der privaten Pflegeversicherung wurden ergänzend zu den Vorgaben der sozialverträglichen Durchführung der Pflegeversicherung weitere soziale Regelungen zur Begrenzung der Beiträge bei niedrigen Einkommen analog zum Basistarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) geschaffen.

Kann ich meine Altersrückstellungen mitnehmen, wenn ich die Pflegekasse wechsle?

Seit dem 1. Januar 2009 ist innerhalb der privaten Krankenversicherung die Portabilität (Mitnahmemöglichkeit) von Alterungsrückstellungen möglich. Die Portabilität der Alterungsrückstellungen wird auch für die private Pflege-Pflichtversicherung (PPV) eingeführt. Dies gilt nicht nur für Versicherte, die ab diesem Zeitpunkt eine private Pflegeversicherung abschließen (Neufälle), sondern auch für Versicherte, die zu diesem Zeitpunkt bereits pflegeversichert waren (Altfälle).

1.4. Wer ist pflegebedürftig?

a. Pflegebedürftigkeit

Wann ist Pflegebedürftigkeit gegeben?

Grundsätzlich kann Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes in allen Lebensabschnitten auftreten. Nach der Definition des Pflegegesetzes sind damit Personen erfasst, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

b. Antragstellung

Wo muss ich Pflegeleistungen beantragen?

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie einen Antrag bei Ihrer Pflegekasse stellen. Die Pflegekasse befindet sich bei Ihrer Krankenkasse. Die Antragstellung kann auch ein Familienangehöriger, Nachbar oder guter Bekannter für Sie übernehmen, wenn Sie ihn dazu bevollmächtigen. Sobald Sie einen Antrag bei Ihrer Pflegekasse gestellt haben, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit.

Wie schnell wird über meinen Antrag entschieden?

Die Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt fünf Wochen. Dieser Zeitraum wurde mit der Pflegereform 2008 ins Gesetz geschrieben, weil die Betroffenen vorher oft zu lange warten mussten. Bei einem Krankenhausaufenthalt, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung muss die Begutachtung durch den MDK innerhalb einer Woche erfolgen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich



Wer zwei Jahre versichert ist, hat den vollen Anspruch auf Pflegeleistungen.

ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt wurde. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.

c. Voraussetzung für Leistungsansprüche

Welche Voraussetzungen muss ich für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen erfüllen?

Um Pflegeleistungen voll in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung zwei Jahre in die Pflegekasse als Mitglied eingezahlt haben oder familienversichert gewesen sein. Diese so genannte Vorversicherungszeit wurde mit der Pflegereform verkürzt. Zuvor waren es fünf Jahre.

d. Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Wie wird Pflegebedürftigkeit festgestellt?

Die Pflegekasse lässt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK, siehe auch Kapitel 5.1.b) oder bei knappschaftlich Versicherten vom Sozialmedizinischen Dienst (SMD) ein Gutachten erstellen, um die Pflegebedürftigkeit und den Pflegeaufwand im Einzelnen zu ermitteln. Das geschieht in der Regel bei einem – zuvor angemeldeten – Hausbesuch eines Gutachters (Pflegefachkraft oder Arzt).

Der Gutachter ermittelt den Hilfebedarf für die persönliche Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) sowie für die hauswirtschaftliche Versorgung. Seit dem 1. Juni 1997 gelten bundesweit einheitliche Begutachtungsrichtlinien. Dabei gibt es für jede einzelne Tätigkeit Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist allein der im Einzelfall bestehende individuelle Hilfebedarf maßgeblich. Die Orientierungswerte sind nur Anhaltsgrößen im Sinne eines Zeitkorridors. Sie sind für den Gutachter lediglich ein Instrument zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs.

Privatversicherte stellen einen Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen, die Begutachtung erfolgt dort durch „MEDICPROOF“.



Wie groß ist der Hilfebedarf? Danach wird die Pflegestufe festgelegt.

e. Pflegestufen

Welche unterschiedlichen Pflegestufen gibt es?

Entsprechend dem Umfang des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen einer von drei Pflegestufen (I,II oder III) zugeordnet. Je nach Pflegestufe unterscheidet sich auch die Höhe der Leistungen. Bei einem außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand kann in der Pflegestufe III auch ein Härtefall vorliegen. Der Versicherte hat die Möglichkeit, gegen die Entscheidung seiner Pflegekasse Widerspruch einzulegen.

Pflegestufe I – erhebliche Pflegebedürftigkeit

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass er jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (rund um die Uhr). Zusätzlich muss die pflegebedürftige Person mehrfach in der Woche Hilfe

bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens vier Stunden entfallen müssen.

Wann gilt die Härtefallregelung in der Pflegestufe III?

Sind die Voraussetzungen der Pflegestufe III erfüllt und liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, kann die Härtefallregelung in Anspruch genommen werden. In diesem Fall gibt es höhere Leistungen.

Für die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegebedarfs im Sinne der Härtefallregelungen ist Voraussetzung,

- dass die Hilfe bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens sechs Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist, wobei bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen ist; oder
- dass die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann. Wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts muss dabei neben einer professionellen mindestens eine weitere Pflegeperson tätig werden, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (zum Beispiel Angehörige). Durch diese Festlegung soll erreicht werden, dass nicht mehrere Pflegekräfte eines Pflegedienstes hier tätig werden müssen.

Zusätzlich muss in jedem Fall ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein.

f. Hilfen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen sind in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt. Sie können besondere Unterstützung für den damit verbundenen Betreuungsbedarf erhalten. Bis zum 1. Juli 2008 erhielt diese Personengruppe einen Betreuungsbetrag von bis zu 460 Euro jährlich. Mit dem Inkrafttreten der Pflegereform erhalten die Betroffenen deutlich mehr Geld, abhängig vom Betreuungsbedarf (zur Höhe der Leistungen siehe Kapitel 2.1.e). Auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die keine Pflegestufe haben, können dieses Betreuungsgeld seit der Pflegereform erhalten. Man spricht hier von der so genannten „Pflegestufe 0“.

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick (Stand: 25.08.09)

Leistungsart	Zeitraum
Häusliche Pflege	<u>Pflegesachleistung bis zu ... € mtl. bis 30.06.2008</u> <u>ab 01.07.2008</u> <u>ab 01.01.2010</u> <u>ab 01.01.2012</u>
	<u>Pflegegeld € mtl. bis 30.06.2008</u> <u>ab 01.07.2008</u> <u>ab 01.01.2010</u> <u>ab 01.01.2012</u>
Pflegevertretung¹⁾	<u>Pflegeaufwendungen für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr bis zu ... € bis 30.06.2008</u> <u>■ durch nahe Angehörige</u> <u>■ durch sonstige Personen</u>
	<u>■ durch nahe Angehörige ab 01.07.2008</u> <u>■ durch sonstige Personen</u>
	<u>■ durch nahe Angehörige ab 01.01.2010</u> <u>■ durch sonstige Personen</u>
	<u>■ durch nahe Angehörige ab 01.01.2012</u> <u>■ durch sonstige Personen</u>
Kurzzeitpflege	<u>Pflegeaufwendungen bis zu ... € im Jahr bis 30.06.2008</u> <u>ab 01.07.2008</u> <u>ab 01.01.2010</u> <u>ab 01.01.2012</u>

¹⁾ Auf Nachweis werden den nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstausfall, Fahrtkosten usw.) bis zum Höchstbetrag für sonstige Personen erstattet.

Pflegestufe I Erheblich Pflegebedürftige	Pflegestufe II Schwerpflege- bedürftige	Pflegestufe III Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)
384,-	921,-	1.432,- (1.918,-)
420,-	980,-	1.470,- (1.918,-)
440,-	1.040,-	1.510,- (1.918,-)
450,-	1.100,-	1.550,- (1.918,-)
<hr/>		
205,-	410,-	665,-
215,-	420,-	675,-
225,-	430,-	685,-
235,-	440,-	700,-
<hr/>		
205,- ¹⁾	410,- ¹⁾	665,- ¹⁾
1.432,-	1.432,-	1.432,-
<hr/>		
215,- ¹⁾	420,- ¹⁾	675,- ¹⁾
1.470,-	1.470,-	1.470,-
<hr/>		
225,- ¹⁾	430,- ¹⁾	685,- ¹⁾
1.510,-	1.510,-	1.510,-
<hr/>		
235,- ¹⁾	440,- ¹⁾	700,- ¹⁾
1.550,-	1.550,-	1.550,-
<hr/>		
1.432,-	1.432,-	1.432,-
1.470,-	1.470,-	1.470,-
1.510,-	1.510,-	1.510,-
1.550,-	1.550,-	1.550,-

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick (Stand: 25.08.09)

Leistungsart	Zeitraum
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege²⁾	Pflegeaufwendungen bis zu ... € mtl. bis 30.06.2008 ab 01.07.2008 ab 01.01.2010 ab 01.01.2012
Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf³⁾	Leistungsbetrag bis zu ... € jährlich bis 30.06.2008 ab 01.07.2008
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal € mtl. bis 30.06.2008 ab 01.07.2008 ab 01.01.2010 ab 01.01.2012
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von
Pflegemittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen bis zu ... € mtl.
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegemittel	Aufwendungen in Höhe von
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Aufwendungen in Höhe von bis zu ... €
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen⁴⁾	Je nach Umfang der Pflegetätigkeit bis zu ... € mtl. (Beitrittsgebiet)
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	... € mtl. (Beitrittsgebiet)
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu ... € mtl. Krankenversicherung Pflegeversicherung

²⁾ Neben dem Anspruch auf Tagespflege bleibt ein häftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten.

³⁾ Abhängig von der persönlichen Pflegesituation auf der Grundlage der dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen nach § 45a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 9 SGB XI werden künftig bis zu 1.200 € (Grundbetrag) bzw. bis zu 2.400 € (erhöhter Betrag) gewährt.

Pflegestufe I Erheblich Pflegebedürftige	Pflegestufe II Schwerpflege- bedürftige	Pflegestufe III Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)
384,-	921,-	1.432,-
420,- ²⁾	980,- ²⁾	1.470,- ²⁾
440,- ²⁾	1.040,- ²⁾	1.510,- ²⁾
450,- ²⁾	1.100,- ²⁾	1.550,- ²⁾
460,-	460,-	460,-
2.400,- ³⁾	2.400,- ³⁾	2.400,- ³⁾
1.023,-	1.279,-	1.432,- (1.688,-)
1.023,-	1.279,-	1.470,- (1.750,-)
1.023,-	1.279,-	1.510,- (1.825,-)
1.023,-	1.279,-	1.550,- (1.918,-)

10 % des Heimentgelts, höchstens € 256,- mtl.

31,-

100 % der Kosten, unter best. Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10%, höchstens 25€ je Pflegehilfsmittel zu leisten. Techn. Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise, also unentgeltlich und somit zuzahlungsfrei zur Verfügung gestellt

2.557,- je Maßnahme,
unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteiligung

133,73 (113,30)	267,46 (226,59)	401,18 (339,89)
--------------------	--------------------	--------------------

7,06
(5,98)

01.01.-30.06.2009:	130,20
ab 01.07.2009:	125,16
	16,38

⁴⁾ Bei wenigstens 14 Stunden Pflegetätigkeit pro Woche, wenn die Pflegeperson keiner Beschäftigung von über 30 Stunden nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht.

Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten

	Zur Stärkung der Pflege bei häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Hilfestellung durch wohnortnahe Pflegestützpunkte	X	X
Individuelle Pflegeberatung (Case Management)	X	X
Übermittlung von		
- Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen	X	X
- Leistungs- und Preisvergleichslisten über niedrigschwellige Betreuungsangebote	X	
- Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen	X	X
- Informationen über Integrierte Versorgungsverträge/Teilnahme an der Integrierten Versorgung im Einzugsbereich des Antragstellers	X	X
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	X	
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung bei Versorgung von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf		X
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für deutliche Reduzierung des Hilfebedarfs		X
Förderung der Versorgungsstrukturen für Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	X	
Förderung des Auf- und Ausbaus ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe	X	X



1.5. Pflegebedürftigkeit – was nun? Ein Leitfaden

Leitfaden

1. Setzen Sie sich mit Ihrer Kranken-/Pflegekasse in Verbindung. Selbstverständlich kann das auch ein Familienangehöriger, Nachbar oder guter Bekannter für Sie übernehmen, wenn Sie ihn dazu bevollmächtigen.
2. Wenn Sie einen Antrag bei Ihrer Pflegekasse gestellt haben, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit.
3. Führen Sie ein Pflegetagebuch darüber, bei welchen Verrichtungen geholfen werden muss (zum Beispiel Waschen, Anziehen, Essen) und wie viel Zeit die Hilfe in Anspruch nimmt. Diese Angaben sind wichtig für die Begutachtung durch den MDK.
4. Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung durch den MDK anwesend zu sein.
5. Sofern Sie es bereits einschätzen können, teilen Sie Ihrer Pflegekasse bei der Antragstellung mit, ob Sie zu Hause oder in einem Pflegeheim gepflegt werden möchten.
6. Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege längerfristig durch Ihre Angehörigen durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes zurückgreifen müssen.

7. Ist Ihre Pflege zu Hause nicht möglich, so können Sie sich von Ihrer Pflegekasse über geeignete stationäre Pflegeeinrichtungen informieren und beraten lassen.
8. Bitten Sie Ihre Pflegekasse, Ihnen zum Kostenvergleich eine Liste der zugelassenen ambulanten Pflegedienste bzw. stationären Pflegeeinrichtungen zu geben und Sie über niedrigschwellige Angebote zur Entlastung bei der Versorgung zu informieren und zu beraten.
9. Sollten Sie weitere Informationen benötigen, so können Sie sich an den Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe oder an die Pflegeberatung Ihrer Pflegekasse wenden. Informationen erhalten Sie auch über das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter 0 18 05 99 66-03 (Festpreis 14 Ct/Min., abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich).
Privat Versicherte können sich an das Versicherungsunternehmen wenden, bei dem sie versichert sind, oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln. Die private Pflege-Pflichtversicherung bietet die Pflegeberatung durch das Unternehmen „COMPASS Private Pflegeberatung“ an, und zwar zum einen durch eine zentrale telefonische Pflegeberatung (die Nummer lautet: 0 800 10188 00) und zum anderen durch eine aufsuchende Beratung eines Pflegeberaters, d.h. durch eine Beratung im Haushalt des Pflegebedürftigen, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung.



II. Ich benötige Betreuung und Leistungen der Pflegeversicherung

Grundsätzlich stehen den Bürgerinnen und Bürgern unterschiedliche Betreuungsformen und -einrichtungen zur Verfügung. Für welche Möglichkeit sich die Betroffenen und deren Angehörigen entscheiden, hängt zum einen natürlich von der Schwere der Pflegebedürftigkeit, zum anderen aber auch von den persönlichen Lebensumständen der Personen ab, die die Pflege übernehmen möchten. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und -dienste werden nach der Art der Leistung unterschieden und reichen von ambulanten Pflegediensten, die Pflegebedürftige und deren Angehörige bei der Pflege zu Hause unterstützen, über neue Wohnformen wie Senioren-Wohngemeinschaften und Einzelpflegekräfte mit einer Zulassung durch die Pflegekassen bis zu einer umfassenden Versorgung und Betreuung in Pflegeheimen. Mit der Pflegereform 2008 werden die meisten Leistungsbeiträge bis 2012 in drei Schritten angehoben. Danach prüft die Bundesregierung regelmäßig alle drei Jahre eine Erhöhung. Durch diese Leistungsdynamisierung soll gewährleistet werden, dass die Pflegeleistungen an die Preisentwicklung angepasst werden.

2.1. Pflege zu Hause – welche Möglichkeiten gibt es?

a. Ambulanter Pflegedienst

Was macht ein ambulanter Pflegedienst?

Der ambulante Pflegedienst unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause. Er bietet Familien Unterstützung und Hilfe im Alltag, damit pflegende Angehörige Beruf und Betreuung besser organisieren können. Das Personal des Pflegedienstes kommt zu Ihnen nach Hause und hilft fach- und sachkundig bei der täglichen Pflege. Das Leistungsange-

bot der häuslichen Pflege erstreckt sich über verschiedene Bereiche: Dies sind vor allem grundpflegerische Tätigkeiten (zum Beispiel Körperpflege, Ernährung, Mobilisation und Lagerung), häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen), Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten (zum Beispiel Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten) sowie hauswirtschaftliche Versorgung (zum Beispiel Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung). Die ambulante Pflege ermöglicht Betroffenen, trotz Pflegebedürftigkeit in der vertrauten Umgebung zu bleiben.

Die ambulanten Sachleistungen der Pflegeversicherung für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) erhöhen sich in den nächsten Jahren wie folgt:

Ambulante Sachleistungen (Pflegehilfe)

	Bisher	2008*	2010	2012
Pflegestufe (Angaben in EUR)				
Stufe I	384,00	420,00	440,00	450,00
Stufe II	921,00	980,00	1.040,00	1.100,00
Stufe III**	1.432,00	1.470,00	1.510,00	1.550,00

* Die Werte für 2008 gelten ab 1.7.2008.

**Die Stufe III für Härtefälle im ambulanten Bereich in Höhe von 1.918 Euro monatlich bleibt unverändert.

b. Pflegegeld

Was ist Pflegegeld?

Pflegebedürftige sollen selbst darüber entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden wollen. Sie haben deshalb die Möglichkeit, Sachleistungen (Hilfe von Pflegediensten – siehe dazu unter a) oder Pflegegeld in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist, dass die häus-

liche Pflege selbst sichergestellt ist, z. B. durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen. Das Pflegegeld wird dem Betroffenen von der Pflegekasse überwiesen. Dieser kann über die Verwendung des Pflegegeldes grundsätzlich frei verfügen und gibt das Pflegegeld regelmäßig an die ihn versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter.

Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, den Bezug von Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von Sachleistungen zu kombinieren. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig um den Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen.

Rechenbeispiel: Kombination von Pflegegeld und Sachleistungen

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I nimmt Sachleistungen durch einen Pflegedienst im Wert von 210 Euro in Anspruch. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 420 Euro. Er hat somit die Sachleistungen zu 50 Prozent ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 215 Euro stehen ihm noch 50 Prozent zu, also 107,50 Euro.

Wie bemisst sich die Höhe des Pflegegelds?

Das Pflegegeld ist wie die Sachleistung nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Bis zum 30. Juni 2008 betrug das Pflegegeld bei Pflegestufe I 205 Euro monatlich, bei Pflegestufe II 410 Euro und bei Pflegestufe III 665 Euro im Monat.

Danach erhöhen sich die monatlichen Leistungen wie folgt:

Pflegegeld

	Bisher	2008*	2010	2012
Pflegestufe (Angaben in EUR)				
Stufe I	205,00	215,00	225,00	235,00
Stufe II	410,00	420,00	430,00	440,00
Stufe III	665,00	675,00	685,00	700,00

* Die Werte für 2008 gelten ab 1.7.2008.



Pflegegeld steht den Pflegebedürftigen zu, die es an pflegende Angehörige als finanzielle Anerkennung weitergeben können.

c. Einzelpflegekräfte

Was sind Einzelpflegekräfte?

Dabei handelt es sich um Pflegekräfte, wie zum Beispiel eine Altenpflegerin oder einen Altenpfleger, die sich selbstständig gemacht haben.

Kann auch ich Einzelpflegekräfte engagieren?

Sie haben die Möglichkeit, selbstständige Pflegekräfte in Anspruch zu nehmen. Einzelpflegekräfte und Pflegekassen können Verträge zur Versorgung bestimmter Pflegebedürftiger schließen, wenn die Versorgung durch den Einsatz dieser Kraft besonders wirksam und wirtschaftlich ist oder wenn dadurch zum Beispiel den besonderen Wünschen von Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe Rechnung getragen werden kann. Dies war bis zur Pflegereform 2008 nur in Ausnahmefällen zulässig, wenn die Versorgung nicht durch Pflegedienste sichergestellt werden konnte. Die Abrechnung erfolgt unmittelbar zwischen der zugelassenen Einzelpflegekraft und der Pflegekasse.

d. Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege)

Wer pflegt mich, wenn meine Pflegeperson im Urlaub oder krank ist?

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr, die so genannte Verhinderungspflege. Die erhöht sich in den folgenden Jahren wie folgt:

Verhinderungspflege

Euro	Bisher	2008*	2010	2012
maximal	1.432,00	1.470,00	1.510,00	1.550,00

* Die Werte für 2008 gelten ab 1.7.2008.

Dieser Anspruch besteht nicht sofort bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit, sondern erst nachdem die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Diese Vorfle-gezeit betrug bis zum 30. Juni 2008 noch zwölf Monate.

e. Betreuungsbetrag

Wer hat Anspruch auf den Betreuungsbetrag?

Für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (psychisch kranke, behinderte oder demenziell erkrankte Menschen) hatte der Gesetzgeber bereits zum 1. Januar 2002 Verbesserungen bei der häuslichen Versorgung eingeführt. Solche Pflegebedürftige können seitdem zusätzlich für Betreuungsleistungen bis zu 460 Euro pro Jahr von der Pflegekasse im Wege der Kostenerstattung erhalten. Der Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, von zugelassenen Pflegediensten (sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt) oder von nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten entstehen. Der Betreuungsbetrag wurde mit der Pflegereform ausgebaut. Seit dem 1. Juli 2008 werden je nach Betreuungsbedarf ein Grundbetrag oder ein erhöhter Betrag gewährt. Der Betreuungsbetrag ist auf bis zu 100 Euro monatlich (Grundbetrag) bzw. auf bis zu 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag) gestiegen – und damit auf bis zu 1.200 Euro bzw. 2.400 Euro jährlich. Personen mit einem vergleichsweise geringeren allgemeinen Betreuungsaufwand erhalten den Grundbetrag. Personen mit einem im Verhältnis dazu höheren allgemeinen Betreuungsbedarf bekommen den erhöhten Betrag.

f. Neue Wohnformen – Senioren-WG

Was wird unter „neuen Wohnformen“ verstanden?

Immer mehr Menschen haben den Wunsch, im Alter möglichst selbstbestimmt zu leben. Neue Wohnformen, wie zum Beispiel eine Senioren-WG, bieten die Möglichkeit, zusammen mit Gleichaltrigen bzw. Frauen und Männern in derselben Lebenssituation zu leben – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten. Die Bewohnerinnen und Bewohner einer WG leben in eigenen Wohnungen oder Zimmern, haben aber die Möglichkeit, in Gemeinschaftsräumen gemeinsame Aktivitäten durchzuführen, wie beispielsweise Kochen.

Senioren-WG

Wenn Sie eine Senioren-WG gründen möchten, brauchen Sie natürlich zunächst einmal interessierte Mitbewohnerinnen und Mitbewohner. Diese können Sie beispielsweise über eine Zeitungsanzeige oder einen Aushang im nahegelegenen Seniorentreff suchen. Sie können auch im nahegelegenen Pflegestützpunkt nachfragen, ob sich dort Interessenten gemeldet haben. Hilfreich könnte auch die Anfrage bei ambulanten Pflegediensten sein, die bereits Senioren-WGs betreuen. Hinsichtlich der Größe Ihrer WG sollten Sie bedenken, dass, auf den Quadratmeter bezogen, große Wohnungen ab drei Zimmer preiswerte sind als Wohnungen mit zwei Zimmern. Mit mehreren Menschen zusammenzuleben bietet also auch finanzielle Vorteile. Achten Sie bei der Gestaltung des Mietvertrags auf klare Regelungen bezüglich Auszug und Miete, zum Beispiel für den Fall, dass ein WG-Mitglied seinen Mietbeitrag nicht zahlen kann.

g. Zusammenlegen von Leistungen („Poolen“)

Was bedeutet „Poolen“?

Versicherte können Pflegeleistungen auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten – zum Beispiel den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern in einer Senioren-WG – in Anspruch nehmen. Das nennt man „Poolen“ von Leistungen.

Welche Vorteile bietet das „Poolen“?

Das so genannte „Poolen“ von Leistungsansprüchen soll insbesondere die Situation bei ambulant betreuten Wohnformen und Senioren-WGs verbessern und ihre Nutzung fördern. Beispielsweise kümmert sich in einem Wohnhaus oder in einer Wohngemeinschaft ein zugelassener Pflegedienst um mehrere Pflegebedürftige. Dadurch werden in vielen Fällen Zeit und damit Geld gespart, aus dem dann zusätzliche Betreuungsleistungen finanziert werden können, wie zum Beispiel gemeinsames Vorlesen. Die durch „gepoolte“ Leistungsansprüche erschlossenen Wirtschaftlichkeitsreserven sind vom ambulanten Pflegedienst ausschließlich im Interesse der am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen für die Betreuung zu nutzen. Das bedeutet: Das „Poolen“ von Leistungen bringt mehr Zeit für Zuwendung.

h. Pflegehilfsmittel

Was wird unter Pflegehilfsmitteln verstanden?

Grundsätzlich werden darunter Geräte und Sachmittel verstanden, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, sie erleichtern und dazu beitragen, dem Pflegebedürftigen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Die Pflegekasse unterscheidet:

- technische Pflegehilfsmittel wie beispielsweise ein Pflegebett, Lagerungshilfen oder ein Notrufsystem
- Verbrauchsprodukte wie zum Beispiel Einmalhandschuhe oder Bett-einlagen

Wann kommt die Pflegekasse für die Kosten der Pflegehilfsmittel auf?

Kosten für Pflegehilfsmittel werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn keine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse besteht. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis der Pflegekassen informiert darüber, welche Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt bzw. leihweise überlassen werden.

Wie hoch sind die Zuzahlungen durch die Pflegekassen für die Pflegehilfsmittel?

Zu den Kosten für technische Pflegehilfen muss der Pflegebedürftige einen Eigenanteil von 10 Prozent, maximal jedoch 25 Euro zuzahlen. Größere technische Pflegehilfsmittel werden oft leihweise überlassen, so dass eine Zuzahlung entfällt. Die Kosten für Verbrauchsprodukte werden bis zu 31 Euro pro Monat von der Pflegekasse erstattet. Wenn Rollstühle oder Gehhilfen ärztlich verordnet werden, tragen die Krankenkassen die Kosten.

i. Wohnungsanpassung

Bekomme ich von der Pflegekasse einen Zuschuss für bauliche Anpassungsmaßnahmen in meiner Wohnung?

Die Pflegekasse zahlt unabhängig von der Pflegestufe auf Antrag bis zu 2.557 Euro als Zuschuss für Anpassungsmaßnahmen, die die häusliche Pflege in der Wohnung ermöglichen, erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederherstellen. Ziel solcher Maßnahmen ist es insbesondere, eine Überforderung der Pflegekraft zu verhindern. Bei der Bemessung des Zuschusses wird ein Eigenanteil erhoben, der sich nach dem Einkommen der oder des Pflegebedürftigen richtet.

Welche Maßnahmen werden von der Pflegekasse bezuschusst?

Die Pflegekasse zahlt einen Zuschuss zu verschiedenen Maßnahmen der Wohnungsanpassung. Einen Zuschuss gibt es für Maßnahmen, die mit wesentli-

chen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sein können, wie zum Beispiel Türverbreiterungen, fest installierte Rampen und Treppenlifter, aber auch für den pflegegerechten Umbau des Badezimmers. Außerdem wird der Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgebaut werden muss, unterstützt.

Kann ich auch ein zweites Mal einen Zuschuss erhalten?

Einen Zuschuss zur Wohnungsanpassung kann auch ein zweites Mal gewährt werden, wenn die Pflegesituation sich so verändert hat, dass erneute Maßnahmen nötig werden.



Neue Wohnformen – wie Senioren-WGs – wurden durch die Pflegereform gefördert.

2.2. Pflege im Heim – welche Möglichkeiten gibt es?

a. Vollstationäre Versorgung

Wann wird mir vollstationäre Pflege gewährt?

Die vollstationäre Pflege wird Ihnen gewährt, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist. Die Pflegekasse kann die Notwendigkeit der vollstationären Pflege vom MDK prüfen lassen. Bei Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe III ist die Überprüfung nicht erforderlich, da hier die Notwendigkeit der vollstationären Pflege vorausgesetzt wird. Entsprechend der Pflegestufe zahlt die Pflegekasse einen pauschalen Sachleistungsbetrag an das Pflegeheim (Pflegesatz). Die Sachleistung ist nur für den Pflegeaufwand, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung im Heim bestimmt.

Welche Kosten sind bei stationärer Pflege nicht abgedeckt?

Die betreute Person muss die über den Leistungsbetrag der Pflegeversicherung hinaus anfallenden pflegebedingten Kosten, die Kosten für Unterbringung und Verpflegung, die Investitionskosten und die eventuell anfallenden Kosten für besondere Komfortleistungen selbst tragen. Außerdem darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 Prozent des tatsächlichen Heimentgeltes nicht übersteigen. Zum Heimentgelt gehören der Pflegesatz, die Unterkunfts- und Verpflegungskosten sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten. Bei der vollstationären Pflege muss geklärt werden, wie die Zuständigkeit von Pflegeeinrichtung oder Krankenkasse für die Bereitstellung der notwendigen Hilfsmittel zu regeln ist.

Auch im Bereich der stationären Pflege gibt es Verbesserungen. In Pflegestufe III erhöhen sich die Leistungen in den kommenden Jahren wie folgt:

Vollstationäre Versorgung

Pflegestufe (Angaben in EUR)	Bisher	2008*	2010	2012
Stufe III	1.432,00	1.470,00	1.510,00	1.550,00
Härtefall	1.688,00	1.750,00	1.825,00	1.918,00

* Die Werte für 2008 gelten ab 1.7.2008.

Von einer Erhöhung der Leistungen in den Pflegestufen I und II wurde zugunsten der Leistungsverbesserungen im häuslichen Bereich abgesehen, um dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ stärker als bisher Geltung zu verschaffen.

b. Teilstationäre Versorgung

Was umfasst die teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)?

Darunter versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Einrichtung. Teilstationäre Pflege kann als Tages- oder Nachtpflege konzipiert sein. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Verpflegung müssen dagegen privat getragen werden. Gewährt wird teilstationäre Pflege nur, wenn dies im Einzelfall erforderlich ist – beispielsweise weil häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung gestellt werden kann. Die Tagespflege wird in der Regel von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige tagsüber berufstätig sind. Die Pflegebedürftigen werden meist morgens abgeholt und nachmittags zurück nach Hause gebracht. Wichtige Verbesserungen bei der Tages- und Nachtpflege gibt es durch die Pflegereform 2008. Ihr Sachleistungsanspruch wird entsprechend dem Anstieg bei den ambulanten Pflegesachleistungen schrittweise erhöht.

Kann ich die Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit anderen Leistungen kombinieren?

Sie können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit anderen ambu-

lanten Sachleistungen und/oder dem Pflegegeld kombinieren. Seit der Pflegereform 2008 besteht der höchstmögliche Gesamtanspruch aus der Kombination von Leistungen aus dem 1,5fachen einer einzelnen Leistung.

Beispiel

Nehmen Sie im Bereich der Tages- und Nachtpflege die Hälfte der Leistung in Anspruch, haben Sie künftig daneben noch einen 100-prozentigen Anspruch auf Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung. Dieser volle Anspruch beim Pflegegeld oder der Sachleistung erhöht sich allerdings nicht weiter, wenn Sie weniger als 50 Prozent der Leistung für die Tages- und Nachtpflege in Anspruch nehmen.

c. Kurzzeitpflege

Welche Leistungen erhalte ich bei der Kurzzeitpflege?

Viele Pflegebedürftige im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung sind nur für eine begrenzte Zeit auf stationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen. Die Leistung der Pflegeversicherung für die Kurzzeitpflege unterscheidet sich betragsmäßig nicht nach Pflegestufen, sondern steht unabhängig von der Einstufung allen Pflegebedürftigen in gleicher Höhe zur Verfügung. Auch bei der Kurzzeitpflege erhöhen sich in den kommenden Jahren stufenweise die Leistungen. Bis zum Inkrafttreten der Pflegereform lag die Grenze bei 1.432 Euro pro Jahr. Seit dem 1. Juli 2008 gelten 1.470 Euro, ab 2010 1.510 Euro und ab 2012 1.550 Euro.

Ist Kurzzeitpflege für Kinder in geeigneten Einrichtungen möglich?

Pflegebedürftige Kinder sollen in Einrichtungen, die auf ihre besonderen Bedürfnisse ausgerichtet sind, versorgt werden können. Dies ist regelmäßig in Einrichtungen der Altenpflege nicht der Fall und für das Kind nicht zumutbar. Kinder, die auf Kurzzeitpflege angewiesen waren, konnten daher nach dem bisher geltenden Recht in der Praxis häufig ihren Anspruch auf Kurzzeitpflege in zugelassenen Einrichtungen nicht nutzen. Um diese Versorgungslücke zu schließen, ist die Kurzzeitpflege für pflegebedürftige Kinder unter 18 Jahren seit der Pflegereform 2008 auch in anderen geeigneten Einrichtungen möglich, die nicht durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassen sind, zum Beispiel in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder ähnlich geeigneten Versorgungsstätten.

d. Heime

Welche unterschiedlichen Heimtypen gibt es?

Grundsätzlich gibt es drei unterschiedliche Heimtypen: das Altenwohnheim, das Altenheim und das Pflegeheim.

- In Altenwohnheimen leben die Bewohnerinnen und Bewohner relativ eigenständig in kleinen Wohnungen mit eigener Küche, haben aber die Gelegenheit, die Mahlzeiten in Gesellschaft der anderen Bewohnerinnen und Bewohner zu sich zu nehmen.
- Altenheime gewährleisten alten Menschen, die ihren Haushalt nicht mehr eigenständig führen können, pflegerische Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung. Auch hier leben die Bewohnerinnen und Bewohner oft in abgeschlossenen kleinen Wohnungen oder Appartements.
- In Pflegeheimen leben die Bewohnerinnen und Bewohner in der Regel in Einzel- oder Doppelzimmern, in die häufig eigene Möbel mitgenommen werden können. Eine umfassende pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung ist gewährleistet.

In den meisten Einrichtungen findet man heutzutage eine Kombination der drei traditionellen Heimtypen Altenwohnheim, Altenheim und Pflegeheim.

Wie wird die medizinische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen sichergestellt?

Die Pflegekassen sollen darauf hinwirken, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit örtlichen, niedergelassenen Ärzten eingehen. Hierzu können die Pflegeeinrichtungen bei entsprechendem Bedarf Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen.

Möglich sind dabei auch gemeinsame Kooperationsverträge mehrerer Pflegeeinrichtungen. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung bleibt hiervon unberührt. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung muss die Kassenärztliche Vereinigung Kooperationsverträge anstreben, um eine ausreichende ärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung sicherzustellen. Kommt ein Kooperationsvertrag nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten zu ermächtigen.

Ist es möglich, einen Arzt im Heim zu beschäftigen?

Seit der Pflegereform 2008 ist es den Pflegeheimen möglich, eine Ärztin oder einen Arzt anzustellen. Die Voraussetzung ist, dass eine ausreichende ärztliche Versorgung im Heim nicht mit einer Kooperation insbesondere von niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten sichergestellt werden kann. Heimärzte verteuern die Pflege im Heim nicht. Diese Aufwendungen dürfen nicht in die Pflegesätze einfließen.

2.3. Welche besonderen Leistungen und sonstigen Maßnahmen gibt es für demenziell erkrankte Menschen?

In Deutschland leben heute rund 1,1 Mio. Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Bis zum Jahr 2030 wird sich diese Zahl auf ca. 1,7 Mio. erhöhen. Es gibt bis heute Defizite bei der Ursachenerforschung von Demenz sowie bei der frühzeitigen Diagnose. Es gibt bisher kaum Kenntnisse, wie die Krankheit verhindert werden kann, und keine Heilungsmöglichkeiten. Durch gezielte Maßnahmen kann das Fortschreiten der Krankheit jedoch in einem begrenzten Umfang aufgehalten und die Situation der Betroffenen verbessert werden.

a. Betreuungsbetrag

Was verbessert sich im ambulanten Bereich für demenziell erkrankte Menschen?

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen haben häufig einen Hilfe- und Betreuungsbedarf, der über den normalen Hilfebedarf hinausgeht. Da es demenziell erkrankten Menschen körperlich meist vergleichsweise gut geht, sind sie bisher oft durch das Raster der Pflegeversicherung gefallen. Für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz hatte der Gesetzgeber bereits zum 1. Januar 2002 Verbesserungen bei der häuslichen Versorgung eingeführt. Solche Pflegebedürftige konnten seitdem zusätzlich für Betreuungsleistungen bis zu 460 Euro pro Jahr von der Pflegekasse erhalten. Dieser zusätzliche Leistungsbetrag wurde mit der Pflegereform ausgebaut (siehe Kapitel 2.1.e.).

b. „Pflegestufe 0“

Was bedeutet die so genannte „Pflegestufe 0“?

Auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen

(sog. „Pflegestufe 0“), haben seit Inkrafttreten der Pflegereform einen Anspruch auf einen Betreuungsbetrag (siehe unter a).

Dieser Personenkreis kann außerdem nun halbjährlich auch einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen (siehe Kapitel 4.3.c.). Die Beratung kann auch von einer anerkannten unabhängigen Beratungsstelle ohne pflegefachliche Kompetenz durchgeführt werden.

c. Zusätzliches Personal in Heimen

Wie verbessert sich die Heimbetreuung von demenziell erkrankten Menschen?

Auch das Leistungsangebot in Heimen wird durch gesonderte Angebote der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung für demenziell erkrankte Bewohner verbessert. In vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen kann



Demenzkranke Menschen benötigen Orientierungshilfen im Alltag.

zusätzliches Betreuungspersonal für Heimbewohnerinnen und -bewohner mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf eingesetzt werden. Diese Kosten werden durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen entsprechend den vereinbarten Regelungen getragen. Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger werden nicht mit Kosten belastet. Für rund 25 demenziell erkrankte Heimbewohnerinnen und -bewohner soll eine Betreuungskraft vorgesehen werden. So wird neben der Verbesserung der Betreuung demenziell erkrankter Pflegebedürftiger im ambulanten Bereich auch ihre Betreuung im Pflegeheim deutlich verbessert.

d. Leuchtturmprojekt Demenz

Wozu dient das Leuchtturmprojekt Demenz?

Demenziell erkrankte Menschen sollen ein menschenwürdiges Leben führen können und die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung erhalten. Ziel des Leuchtturmprojektes Demenz ist es daher, aus den vorhandenen Versorgungsangeboten die besten zu identifizieren und weiterzuentwickeln.

Die Leuchttürme zielen auf Vorhaben und Initiativen ab, die Vorbildfunktion haben, wegweisend sind und den jeweiligen Bereich nachhaltig voranbringen.

Das Projekt dient auch der besseren Vernetzung der vorhandenen Versorgungsangebote mit dem Ziel des Informations- und Erfahrungsaustausches, der Aufklärung über das Krankheitsbild sowie der Enttabuisierung des Themas in der Bevölkerung.

Es wurden 29 viel versprechende Vorhaben, die von unabhängigen und neutralen Sachverständigen ausgewählt wurden, in den Jahren 2008 und 2009 mit rund 13 Mio. Euro gefördert.

2.4. Welche Pflegeleistungen werden von der Krankenkasse bezahlt?

Sofern durch häusliche Krankenpflege ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn ein Krankenausaufenthalt aus bestimmten Gründen nicht möglich ist, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten je Krankheitsfall für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen – in begründeten Ausnahmefällen auch länger. Die häusliche Krankenpflege umfasst in der Regel die Grund- und Behandlungspflege (z.B. Verbandswechsel) sowie die hauswirtschaftliche Versorgung im erforderlichen Umfang.

Häusliche Krankenpflege in Form von Behandlungspflege wird auch dann erbracht, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die Krankenkasse kann zusätzlich zu leistende Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vorsehen und deren Umfang und Dauer bestimmen. Diese zusätzlichen Satzungsleistungen dürfen allerdings nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden, da sie dann zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Pflegeversicherung gehören.

Voraussetzung: Im Haushalt leben keine Personen, die die Pflege im erforderlichen Umfang übernehmen können.

Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht zunächst im Haushalt der Versicherten. Mit der Gesundheitsreform 2007 wurde der Haushaltsbegriff erweitert: Häusliche Krankenpflege kann auch in Wohngemeinschaften oder neuen Wohnformen sowie an anderen geeigneten Orten wie Schulen, Kindergärten und bei erhöhtem Pflegebedarf auch in Werkstätten für Behinderte erbracht werden. Kein Anspruch besteht für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht. Ausnahmsweise kann medizinische Behandlungspflege Versicherten in Pflegeheimen verordnet werden, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behand-

lungspflege haben. Der besonders hohe Bedarf ist insbesondere gegeben, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft erforderlich ist, weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht erforderlich ist.

Bei Entlassung aus dem Krankenhaus gilt: Eine häusliche Krankenpflege kann durch Vertragsärzte, aber auch durch den Krankenhausarzt verordnet werden – der als zuletzt Behandelnder meistens am besten über die Situation des Patienten informiert ist. Für ihn besteht die Möglichkeit, aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten für längstens drei Tage häusliche Krankenpflege zu verordnen und Arzneimittel mitzugeben. Der verantwortliche Krankenhausarzt hat den zuständigen Vertragsarzt darüber zu informieren.



Verlässliche Partner: Auch in Krankenhäusern sind Pflegekräfte da, wenn Sie sie brauchen.

Für die ambulanten Pflegedienste bedeutet diese Neuregelung eine wichtige Verwaltungsentlastung.

Wird den Betroffenen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geholfen?

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus stehen Menschen, die pflegebedürftig sind, oft hilflos vor einer neuen Situation. Darum soll sich eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der Klinik noch während des Krankenhausaufenthalts um den pflegebedürftigen Menschen kümmern. Durch das so genannte Entlassungsmanagement sollen insbesondere die Krankenhäuser den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege gewährleisten. Die Organisation dieser Übergänge sollen erfahrene und qualifizierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie Gesundheits- und Krankenpfleger übernehmen.

Welche Rolle spielen Pflegeeinrichtungen bei der Krankenhausentlassung?

Die Pflegeeinrichtungen müssen einbezogen werden, wenn Pflegebedürftige aus dem Krankenhaus entlassen werden. Dabei soll es eine enge Zusammenarbeit geben zwischen dem Krankenhaus und den mit der Pflegereform eingeführten Pflegeberaterinnen und -beratern.

2.5. Welche Förderung gibt es für Rehabilitation und Prävention?

Wie wichtig ist Prävention?

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des zunehmenden Anteils älterer und sehr alter Menschen an der Bevölkerung werden Gesundheitsförderung und Prävention im Alter immer wichtiger. Es geht darum, dass die Menschen zukünftig nicht nur immer älter werden, sondern auch gesünder alt werden. Vielen Krankheiten, die bei älteren Menschen

häufig vorkommen, wie z. B. Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparats, des Stoffwechsels und der Demenz, kann durch rechtzeitige Prävention entgegengewirkt werden. Insbesondere körperliche Bewegung, eine ausgewogene Ernährung, geistige Aktivität und soziale Teilhabe tragen zu einem gesunden Altern, zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei. Das Bundesministerium für Gesundheit informiert hierzu in der Broschüre „Gesund altern“ und dem Ratgeber „Prävention“.

Mit der Initiative „In Form – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ will die Bundesregierung das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig verbessern. Auch hier sind ältere Menschen eine wichtige Zielgruppe. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter www.inform.de.

Die Broschüre „Gesundheitliche Prävention bei Frauen in der zweiten Lebenshälfte“ gibt Informationen und Handlungsempfehlungen speziell für Frauen in der zweiten Lebenshälfte.

Werden Prävention und Rehabilitation in der Pflege gefördert?

In vielen Fällen gibt es Hoffnung auf Besserung durch Rehabilitation und manche Verschlechterung lässt sich durch Prävention verhindern. Ziel ist es, den Pflegebedürftigen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und die Lebensqualität zu steigern.

Mit der Pflegereform 2008 müssen die Pflegekassen den zuständigen Rehabilitationsträger in Kenntnis setzen, wenn sie feststellen, dass Leistungen zur Rehabilitation angezeigt sind und die Versicherten einer Maßnahme zustimmen. Diese Information ist als Antragstellung zu behandeln und leitet damit mittelbar die Rehabilitationsmaßnahme ein.

Um finanzielle Anreize für die Einrichtungen zu schaffen, gibt es Bonuszahlungen für Pflegeheime, die ihre Bewohner besonders aktivierend und rehabilitierend pflegen.

Das Verfahren: Wenn Pflegebedürftige dank der aktivierenden und rehabilitierenden Bemühungen des Pflegeheims in eine niedrigere Pflegestufe gestuft werden können, erhält das Heim von der Pflegekasse eines Bewohners einen Bonus von 1.536 Euro. Müssen diese Bewohner allerdings innerhalb von sechs Monaten wieder hochgestuft werden, ist das Heim zur Rückzahlung des Betrages verpflichtet. Flankierend wird geregelt, dass die Krankenkasse der Pflegekasse einen Ausgleichsbeitrag in Höhe von 3.072 Euro zahlen muss, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nicht rechtzeitig erbracht wird. Bereits im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurde ein Rechtsanspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation eingeführt.



Prävention trägt dazu bei, dass Menschen länger aktiv bleiben können.



III. Ich möchte eine Angehörige oder einen Angehörigen zu Hause pflegen

Sie haben sich entschieden, einen nahestehenden Menschen zu Hause zu pflegen. Die Pflegeversicherung bietet verschiedene Hilfen und Leistungen, um die häusliche Pflege durch Angehörige zu fördern. Neu seit der Pflegereform ist die Pflegezeit, die es Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern erleichtert, sich eine Auszeit für die Pflege von nahen Angehörigen zu nehmen.

3.1. Wie wird die Pflege in der Familie gefördert?

a. Finanzielle Unterstützung (Pflegegeld)

Was ist Pflegegeld?

Das Pflegegeld ist eine finanzielle Leistung der Pflegeversicherung. Diese wird gezahlt, wenn die Pflege selbst sichergestellt wird – zum Beispiel, wenn die Pflege durch Angehörige erfolgt.

Wer bekommt das Pflegegeld?

Das Pflegegeld wird nicht direkt an die Pflegeperson gezahlt, sondern an die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen. Sie oder er kann das Geld als finanzielle Anerkennung an pflegende Angehörige weitergeben (siehe Kapitel 2.1.b).

b. Soziale Absicherung der Pflegeperson

Welche Rentenansprüche habe ich als Pflegeperson?

Wenn Sie eine Angehörige oder einen Angehörigen für mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen, gelten Sie als Pflegeperson im Sinne der Pflegeversicherung. Sind Sie nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig,

zahlt die Pflegeversicherung für Sie Beiträge zur Rentenversicherung. Die Höhe richtet sich dabei nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem Umfang der Pflegetätigkeit.

In der gesetzlichen Rentenversicherung werden die nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen so gestellt, als würden sie ein Arbeitsentgelt in Höhe von zwischen 26 Prozent und 80 Prozent der Bezugsgröße beziehen, je nach Pflegestufe des Pflegebedürftigen und zeitlichem Umfang der Pflegetätigkeit. Damit ist eine Pflegeperson, die eine Pflegebedürftige oder einen Pflegebedürftigen der Pflegestufe III mindestens 28 Stunden in der Woche pflegt, nach derzeitigen Werten in etwa auf der Basis von 80 Prozent des aktuellen Durchschnittsentgelts der gesetzlich Rentenversicherten abgesichert.

Durchschnittlich ergibt ein Jahr Pflegetätigkeit einen monatlichen Rentenanspruch zwischen 7,10 Euro und 21,31 Euro (alte Bundesländer) und zwischen 6,34 Euro und 19,01 Euro (neue Bundesländer).

Bin ich als Pflegeperson unfallversichert?

Wenn Sie einen nahestehenden Menschen pflegen, sind Sie während der Pflegetätigkeiten und bei allen Tätigkeiten und Wegen, die mit der Pflege zusammenhängen, gesetzlich unfallversichert.

Bin ich arbeitslosenversichert, wenn ich eine Angehörige oder einen Angehörigen pflege?

Sie können freiwillig Mitglied in der Arbeitslosenversicherung bleiben, wenn Sie sich um pflegebedürftige Angehörige kümmern. Dazu müssen Sie einen Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit stellen, dass Sie sich freiwillig versichern möchten. Voraussetzung dafür ist, dass Sie

- in den 24 Monaten vor Aufnahme der Pflegetätigkeit bereits zwölf Monate lang Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt oder Arbeitslosengeld bezogen haben,
- unmittelbar vor Aufnahme der Pflegetätigkeit in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden oder Arbeitslosengeld bezogen haben und

- nicht anderweitig versicherungspflichtig zur Arbeitslosenversicherung sind.

Der Beitrag zur freiwilligen Weiterversicherung ist allein von der Pflegeperson zu tragen.

Bei Inanspruchnahme von Pflegezeit siehe unter Punkt 3.2.b.



Wer andere Menschen pflegt, erfährt viel Dankbarkeit und Nähe.

c. Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege)

Wie wird die Pflege meiner oder meines Angehörigen gewährleistet, wenn ich krank bin oder Erholung brauche?

Die Pflegekasse zahlt eine notwendige Ersatzpflege, wenn Sie wegen Urlaubs oder wegen einer Erkrankung Ihre Angehörigen nicht pflegen können. Dieser Anspruch besteht für maximal vier Wochen im Jahr. Man nennt dies Verhinderungspflege (siehe Kapitel 2.1.d)

Weitere Alternativen zur Erholung bzw. Entlastung der Pflegenden sind die teilstationäre Tages- und Nachtpflege sowie die Kurzzeitpflege (siehe Kapitel 2.2.b und 2.2.c).

Welche Voraussetzungen gibt es, damit ich als Pflegeperson Urlaub nehmen kann?

Sie müssen mindestens seit sechs Monaten die Pflege übernommen haben.

Diese Wartezeit, die so genannte Vorpflegezeit, wurde im Rahmen der Pflegereform 2008 verkürzt, vorher lag sie bei zwölf Monaten. Sie können also schneller eine Auszeit nehmen und sich erholen.

Werden während meines Urlaubs Beiträge in die Rentenkasse gezahlt?

Seit der Pflegereform werden für die Dauer Ihres Erholungsurlaubs die Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse weitergezahlt. Dadurch bleibt Ihr Rentenanspruch für die Zeit Ihres Urlaubs ungeschmälert bestehen.

d. Pflegekurse für Angehörige

Bekomme ich professionelle Anleitung für die Pflege zu Hause?

Wenn Sie eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmern, können Sie an einem Pflegekurs Ihrer Pflegekasse teilnehmen. Diese Kurse werden zum Teil in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen angeboten. Sie bieten praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung



Pflegen zu Hause: Nehmen Sie sich Zeit für Ihre Angehörigen.

zu vielen verschiedenen Themen. Außerdem bieten diese Kurse pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

Außerdem werden bei Pflegegeldbeziehern sowie bei Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Beratungseinsätze durchgeführt (siehe Kapitel 4.3.c.).

3.2. Wie kann ich Beruf und Pflege miteinander verbinden?

a. Pflegezeit

Was ist Pflegezeit?

Wird ein Angehöriger pflegebedürftig, möchten Sie sich vielleicht auch als berufstätige Person für eine bestimmte Zeit selbst um den betroffenen Angehörigen kümmern. Mit der Pflegereform 2008 wurde Ihnen diese Zeit gegeben, mit der so genannten Pflegezeit.

Pflegezeit bedeutet, dass Sie einen Anspruch auf unbezahlte, sozialversicherte Freistellung von der Arbeit für die Dauer von bis zu sechs Monaten haben.

Wann habe ich Anspruch auf Pflegezeit?

Anspruch auf Pflegezeit haben Sie, wenn Sie einen nah verwandten Menschen, bei dem mindestens Pflegestufe I vorliegt, in häuslicher Umgebung pflegen. Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Als nahe Angehörige gelten insbesondere: Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder sowie die Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

Was muss ich beachten, wenn ich Pflegezeit in Anspruch nehme?

Die Pflegezeit müssen Sie gegenüber Ihrem Arbeitgeber zehn Tage, bevor sie in Anspruch genommen wird, schriftlich ankündigen. Sie müssen mitteilen, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang Sie Pflegezeit in Anspruch nehmen wollen. Möchten Sie nur eine teilweise Freistellung, müssen Sie angeben, wie Sie die Arbeitszeit verteilen möchten.

Die Pflegebedürftigkeit des oder der nahen Angehörigen muss gegenüber dem Arbeitgeber nachgewiesen werden durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

Kann ich mich für die Pflegezeit auch teilweise von der Arbeit freistellen lassen?

Im Fall der teilweisen Freistellung treffen Sie mit Ihrem Arbeitgeber eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit. Der Arbeitgeber kann den Wunsch nach teilweiser Freistellung nur aus dringenden betrieblichen Gründen ablehnen.

Kann ich die Pflegezeit auch vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums beenden?

Grundsätzlich gilt: Sie können die Pflegezeit nur mit Zustimmung des Arbeitgebers vorzeitig beenden. Ausnahmen: Die Pflegezeit endet vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums mit einer Übergangsfrist von vier Wochen, wenn die gepflegte Person verstirbt, in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen werden muss oder die häusliche Pflege des nahen Angehörigen aus anderen Gründen unmöglich oder unzumutbar wird.

b. Soziale Absicherung während der Pflegezeit

Bin ich während der Pflegezeit sozialversichert?

Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, da während dieser Zeit regelmäßig eine Familienversicherung besteht. Sollte bei Ihnen keine Familienversicherung möglich

sein, müssen Sie sich freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und zahlen dafür in der Regel den Mindestbeitrag. Mit der Krankenversicherung sind Sie automatisch pflegeversichert. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Während der Pflegezeit sind Sie rentenversichert, wenn Sie Ihren Angehörigen oder Ihre Angehörige mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen. In der Arbeitslosenversicherung besteht die Pflichtversicherung für die Dauer der Pflegezeit fort. Die notwendigen Beiträge werden von der Pflegekasse übernommen.

Eine private Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung bleibt grundsätzlich während der Pflegezeit bestehen. Auf Antrag übernimmt die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen den Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages wie bei den Sozialversicherten.

c. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Was bedeutet „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“?

Wird ein naher Angehöriger akut pflegebedürftig, haben Sie das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um für nahe Angehörige eine gute Pflege zu organisieren. Auf Verlangen des Arbeitgebers müssen Sie ihm eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit des oder der Angehörigen und die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorlegen. Eine kurzzeitige Freistellung können alle Beschäftigten in Anspruch nehmen – unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber Beschäftigten. Der Schutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt bestehen.



IV. Ich brauche eine umfassende und individuelle Beratung

4.1. Wo kann ich mich über die Pflege informieren?

Wenn Sie erste Informationen zur Pflege haben wollen, setzen Sie sich mit Ihrer Kranken- und Pflegekasse in Verbindung. In den Bundesländern gibt es Service- und Beratungsstellen, von denen Sie Informationen erhalten. Diese werden durch die neuen Pflegestützpunkte, die mit der Pflegereform eingeführt wurden, ergänzt oder ersetzt.

4.2. Wo erhalte ich Beratung unter einem Dach?

a. Pflegestützpunkt

Welche Vorteile kann die Beratung unter einem Dach bieten?

Jahrelang beklagten viele pflegende Angehörige, dass weniger die eigentlichen pflegerischen Aufgaben als die Vorbereitung und Organisation rund um die Pflege die größte Belastung darstellten, weil eine zentrale Anlaufstelle fehlte. Deshalb wurde mit der Pflegereform 2008 die Einrichtung von Pflegestützpunkten vorgesehen. Sie ermöglichen die Vernetzung aller Angebote für Pflegebedürftige und sollen helfen, die Grenzen zwischen den Sozialleistungsträgern zu überwinden.

Was ist ein Pflegestützpunkt?

In einem Pflegestützpunkt wird die Beratung über und die Vernetzung aller pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen unter einem Dach gebündelt. Ein Pflegestützpunkt ist keine neue oder zusätzliche Behörde. Der Pflegestützpunkt bildet das gemeinsame Dach, unter dem Personal der Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe oder der Sozialhilfeträger sich untereinander abstimmen und den Rat und Hilfe suchenden Betroffenen

ihre Sozialleistungen erläutern und vermitteln. Alle Angebote rund um die Pflege sollen erfasst sein, also zum Beispiel auch die örtliche Altenhilfe und die Hilfe zur Pflege nach dem Recht der Sozialhilfe. Auch Selbsthilfegruppen und ehrenamtlich Tätige sollen in die Arbeit der Pflegestützpunkte einbezogen werden.



Pflegebedürftige und Pflegende brauchen individuelle Beratung.

Welche Informationen erhalte ich im Pflegestützpunkt?

Wenn Sie selbst pflegebedürftig sind oder pflegebedürftige Angehörige haben, erhalten Sie hier alle wichtigen Antragsformulare, Informationen und konkrete Hilfestellungen. Wenn Sie etwa eine Wohnung altengerecht umbauen möchten, beraten die Pflegeberatungskräfte über mögliche Zuschüsse der Pflegekasse. Wenn Sie ein geeignetes Pflegeheim suchen, hat das Beratungspersonal den Überblick und kann Auskünfte zur Wahl der am besten geeigneten Einrichtung geben. Und wenn Sie mehr wissen möchten über die ehrenamtlichen Angebote in Ihrer Kommune, erhalten Sie auch hierzu Informationen. Im Pflegestützpunkt soll auf Wunsch des Einzelnen das gesamte Leistungsgeschehen für Pflegebedürftige koordiniert werden.

Wenn jemand früher Leistungen zur Behandlung von Erkrankungen, Hilfe bei der Pflege und von der Altenhilfe beantragen wollte, mussten verschiedene Stellen aufgesucht werden. In einem Pflegestützpunkt gibt es all diese Informationen an einem Ort. Die dort ansässigen Pflegeberaterinnen und -berater übernehmen die Koordination der einzelnen Schritte, begleiten die Betroffenen und helfen ihnen umfassend. Die Beratung in den Pflegestützpunkten ist umfassend und individuell. Sie ist unabhängig und für Sie kostenlos.

Wer soll Pflegestützpunkte aufbauen?

Pflege- und Krankenkassen bauen Pflegestützpunkte in einem Bundesland auf, wenn sich das Bundesland für Pflegestützpunkte entscheidet. Die Pflegestützpunkte müssen unabhängig sein und eine umfassende Beratung anbieten. In den Pflegestützpunkten sind auch die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater erreichbar. Seit dem 1. Januar 2009 hat jeder Pflegebedürftige einen einklagbaren Rechtsanspruch auf Hilfe und Unterstützung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater. Dieser Rechtsanspruch wurde mit der Pflegereform 2008 beschlossen.

Wo sollen Pflegestützpunkte aufgebaut werden?

Pflegestützpunkte sollen ortsnah und gut erreichbar im Wohnviertel eingerichtet werden, damit pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen das Beratungsangebot auch aufsuchen und nutzen können, ohne weite Wege zurücklegen zu müssen.

Kann ein Pflegestützpunkt auch bei einem Leistungserbringer angesiedelt werden?

Das ist nur möglich, wenn es nicht zu einer unzulässigen Wettbewerbsverzerrung führt. So wäre ein Pflegestützpunkt sowohl in den Räumen neben einem Pflegedienst als auch in einem Ärztehaus denkbar. Die Unabhängigkeit muss dabei unbedingt gewahrt bleiben. Vorhandene Räumlichkeiten und Strukturen sollen nach Möglichkeit genutzt werden, um beispielsweise neue und aufwendige Baumaßnahmen zu vermeiden.

Was passiert, wenn kein Pflegestützpunkt in meiner Nähe eingerichtet wird?

Es ist möglich, dass nicht in allen Ländern sofort Pflegestützpunkte errichtet werden. Auch in diesen Fällen haben Pflegebedürftige ab dem 1. Januar 2009 einen Anspruch auf Pflegeberatung gegenüber der Pflegekasse oder ihrem privaten Versicherungsunternehmen.

b. Bestehende Beratungsstellen zur Pflege

Wird beim Aufbau der Pflegestützpunkte auf bereits existierende Service- und Beratungsstellen in den Bundesländern zurückgegriffen?

Pflege- und Krankenkassen greifen beim Aufbau von Pflegestützpunkten auf vorhandene Angebote zurück. Funktionierende Strukturen sollen weder gefährdet noch zerstört werden, sondern einbezogen und ausgebaut. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der bereits bestehenden Beratungsstellen können von den Kassen in die Pflegeberatung eingebunden werden, um Aufgaben zu übernehmen, wie zum Beispiel die Koordinierung und Vernetzung von Leistungsträgern und -angeboten.

Wie unterscheiden sich die vorhandenen Servicestellen und die neuen Pflegestützpunkte?

Die vorhandenen Servicestellen konzentrieren sich auf Beratung in Fragen der Rehabilitation und Teilhabe. Die Pflegestützpunkte nehmen sich der Pflegebedürftigen und ihrer Sorgen rund um die Pflege an. Die Pflegestützpunkte können selbstverständlich in den Servicestellen errichtet werden. Aber auch wenn dies nicht möglich ist, ist in jedem Fall eine enge Zusammenarbeit von Pflegestützpunkten und Servicestellen sicherzustellen. Wichtig: Die beschriebenen Inhalte und die Qualität der Pflegeberatung müssen immer gewährleistet bleiben.



Pflegestützpunkte – gebündelte Beratung unter einem Dach.

c. Finanzierung der Pflegestützpunkte

Wie werden Pflegestützpunkte finanziert?

Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen werden von den an den Verträgen beteiligten Kostenträgern gemeinsam anteilig getragen. Die nähere Ausgestaltung der Finanzierung bleibt den Vertragsparteien überlassen. Dabei gilt: Der auf eine einzelne Pflegekasse entfallende Anteil darf nicht höher sein als der Anteil der Krankenkasse, und die entstehenden Personalkosten einer Vertragspartei müssen auf deren Finanzierungsanteil angerechnet werden.

Gibt es finanzielle Unterstützung für den Aufbau eines Pflegestützpunktes?

Um einen bundesweiten Aufbau von Pflegestützpunkten voranzutreiben, gibt es von der Pflegeversicherung eine Anschubfinanzierung von insge-

samt 60 Mio. Euro. Pro Pflegestützpunkt kann der Aufbau mit einem Betrag von bis zu 45.000 Euro gefördert werden. Zusätzlich können 5.000 Euro zur Verfügung gestellt werden, wenn ehrenamtlich Tätige und Selbsthilfegruppen nachhaltig in die Tätigkeit des Pflegestützpunktes einbezogen werden.

Gibt es bei den Pflegestützpunkten besondere Regelungen für private Versicherungsunternehmen?

Wenn private Versicherungsunternehmen sich am Aufbau und am laufenden Betrieb der Pflegestützpunkte beteiligen, gelten für sie die gleichen Regelungen wie für die anderen Kostenträger.

Grundsätzlich müssen sie sich nicht an der Finanzierung beteiligen. Aber: Privat Versicherte können die Pflegestützpunkte auch dann in Anspruch nehmen, wenn sich ihre Versicherung nicht an der Finanzierung der Pflegestützpunkte beteiligt. Für diese Fälle müssen die privaten Versicherungsunternehmen eine vertragliche Vereinbarung mit den Vertragsparteien der Pflegestützpunkte abschließen, die Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme sowie die Vergütung je Fall regelt.



Pflegestützpunkte beraten Sie auch bei Fragen zur Pflegeversicherung.

4.3. Wer steht mir beratend zur Seite?

a. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Was leisten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater?

Seit dem 1. Januar 2009 gibt es den gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung. Die Beratung erfolgt durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Diese werden in aller Regel Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen sein, die über Wissen aus den Bereichen des Sozialrechts, der Pflege und der Sozialarbeit verfügen. Aber auch die Übertragung der Beratungsaufgabe an Dritte ist möglich. In den Pflegestützpunkten werden sich die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Sorgen und Fragen von Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen annehmen, über das vorhandene Leistungsangebot beraten und die Betroffenen persönlich begleiten.

Kann ich mich auch zu Hause beraten lassen?

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater beraten Sie nicht nur in den Pflegestützpunkten, sondern auch daheim. Grundsätzlich ist es das Ziel, das Zusammenwirken aller Kräfte im ambulanten Bereich zu verbessern. Je besser die ambulante Versorgung, desto größer die Chance, dass die kostenintensive vollstationäre Versorgung zurückgeht.

Sind die Beraterinnen und Berater zwingend in den Pflegestützpunkten angesiedelt oder wie finde ich meinen persönlichen Ansprechpartner?

Sofern Pflegestützpunkte eingerichtet sind, müssen Pflegeberaterinnen und -berater dort angesiedelt werden. Die Pflegekassen müssen Sie, wenn Sie Leistungen der Pflegeversicherung beantragen, darüber informieren, wo sich der nächste Pflegestützpunkt befindet und welche Pflegeberaterin oder welcher Pflegeberater für Sie erreichbar ist.

Was passiert bei Problemen mit meiner Pflegeberaterin oder meinem Pflegeberater?

Die Inanspruchnahme der Pflegeberatung ist freiwillig. Es ist selbstverständlich, dass Ihnen keine bestimmte Beratungsperson aufgezwungen oder vorgeschrieben werden kann. Kommen Sie mit Ihrer Pflegeberaterin oder Ihrem Pflegeberater nicht zurecht, sind klärende Gespräche in den Pflegestützpunkten eine Möglichkeit, eventuelle Missverständnisse zu beseitigen. Sie können sich auch an Ihre Pflegekasse wenden, um Abhilfe zu schaffen.

Kann ich mich bei Bedarf an einen anderen Pflegestützpunkt wenden?

Welchen Pflegestützpunkt Sie in Anspruch nehmen, steht Ihnen frei. Es gibt keine Vorschriften und keinen Zwang, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt aufzusuchen. Von daher bestehen auch keine Bedenken, einen Pflegestützpunkt Ihrer Wahl in Anspruch zu nehmen.

Welche Qualifikationen haben Pflegeberaterinnen und Pflegeberater?

Die komplexe Tätigkeit der Pflegeberatung setzt entsprechend qualifiziertes Personal mit Berufserfahrung in dem erlernten Beruf voraus. Als Erstausbildung kommen, neben einer Ausbildung als Sozialversicherungsfachangestellte, vor allem Ausbildungen nach dem Altenpflegegesetz oder nach dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege in Frage. Eine weitere Möglichkeit ist eine Ausbildung als Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter. Ferner sind Zusatzqualifikationen in Form von Weiterbildungslehrgängen oder von berufsbegleitenden Studiengängen denkbar.

b. Individuelle Beratung (Fallmanagement)

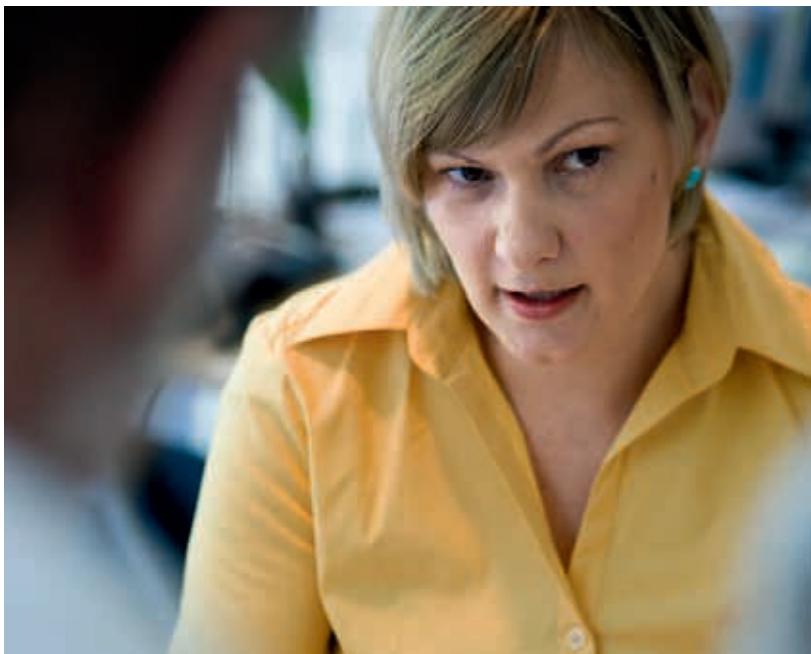
Wie unterscheiden sich Pflegeberatung und Pflegestützpunkt?

Der Pflegestützpunkt bildet das gemeinsame Dach, unter dem die Kostenträger erreichbar sind, die bei einem Bedarf an Pflege Leistungen zur

Verfügung stellen und die bei der Realisierung auch unterstützend und koordinierend tätig werden.

Die Pflegeberater werden für Sie in erster Linie im Sinne eines individuellen Fallmanagements tätig, das heißt, sie beurteilen den persönlichen Bedarf und die Situation der einzelnen Pflegebedürftigen. Sie erstellen auf dieser Grundlage zum Beispiel einen individuellen Versorgungsplan und übermitteln Leistungsanträge an die zuständigen Kassen zur weiteren Bearbeitung bzw. Genehmigung.

Der Pflegestützpunkt konzentriert sich gleichermaßen auf die Kenntnis und Steuerung des Versorgungssystems sowie die Bündelung und Vernetzung der verschiedenen Dienstleistungen rund um die Pflege wie auch auf die individuelle Beratung im Einzelfall.



Professionelle Pflegeberaterinnen und -berater stehen Ihnen zur Seite.

c. Beratungseinsätze

Wer muss und wer kann Beratungseinsätze in Anspruch nehmen?

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, haben in den Pflegestufen I und II einmal halbjährlich und in der Pflegestufe III einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch zu nehmen. Dieser Beratungsbesuch dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Beratungsbesuche können nicht nur von zugelassenen Pflegediensten und von neutralen und unabhängigen Beratungsstellen mit pflegefachlicher Kompetenz, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind, durchgeführt werden, sondern auch von den Pflegeberaterinnen und -beratern der Pflegekassen. Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können seit Einführung des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes diese Beratungsbesuche zweimal im oben genannten Zeitraum in Anspruch nehmen.



Bei der Organisation der Pflege brauchen die Betroffenen Unterstützung.

Seit dem 1. Juli 2008 können auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. In diesen Fällen kann die Beratung von einem zugelassenen Pflegedienst, aber auch von einer anerkannten unabhängigen Beratungsstelle mit oder ohne pflegefachliche Kompetenz durchgeführt werden. Letzteres soll ermöglichen, dass z.B. Alzheimer-Patienten auch eine Beratung durch die Alzheimer-Gesellschaft in Anspruch nehmen können.



V. Ich erwarte für die Pflege eine hohe Qualität

Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch auf gute Pflege – und gute Pflege muss erkennbar sein. Im Rahmen der Pflegereform 2008 wurde eine Reihe von Maßnahmen auf den Weg gebracht, um die Qualität und Transparenz in der Pflege zu verbessern und bestehende Qualitätsmängel abzustellen.

5.1. Wie wird die Qualität in den Heimen sichergestellt?

a. Qualitätsprüfung

Wie werden Qualitätsstandards für die Pflegeheime und -dienste festgelegt?

Expertenstandards haben sich als wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung in der Pflege bewährt. Mit der Pflegereform 2008 wurde die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards gesetzlich verankert. Dies sicherzustellen, ist Aufgabe der Pflegeselbstverwaltung. Dazu gehören der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Die Expertenstandards konkretisieren den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu einem bestimmten Thema, zum Beispiel zur Vermeidung des Wundliegens (Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“). Diese Expertenstandards sind für alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen verbindlich.

Was wird bei den Qualitätsprüfungen kontrolliert?

Im Vordergrund der Überprüfung steht die Ergebnisqualität. Das bedeutet: Die Prüfer des Medizinischen Dienstes bewerten nicht nur die Aktendoku-

mentation, sondern konzentrieren sich bei der Prüfung auf den Pflegezustand der Menschen. Sie schauen sich genau an, ob und wie die eingeleiteten Pflegemaßnahmen wirken und ob es Hinweise auf Pflegedefizite gibt wie zum Beispiel Druckgeschwüre oder Mangelernährung. Außerdem berücksichtigen sie bei der Bewertung des Heims auch die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen.

Werden die Prüfungstermine vorher angekündigt?

Grundsätzlich werden alle Prüfungen unangemeldet durchgeführt. Nur in Ausnahmefällen, zum Beispiel wenn es sich um eine Person handelt, die eine amtliche Betreuungsperson hat, muss die Prüfung vorher angemeldet werden.

Wer trägt die Kosten möglicher Wiederholungsprüfungen?

Sollten Wiederholungsprüfungen erforderlich sein oder von der Einrichtung gewünscht werden, dann trägt die Einrichtung die entstehenden Kosten.

b. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Was ist der MDK?

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Im Auftrag der Pflegekassen überprüft der MDK, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Die Leistungsentscheidung trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK.

Welche Rolle spielt der MDK bei der Qualitätsprüfung?

Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen ist der MDK für die Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zuständig.

Wie oft werden die Heime kontrolliert?

Bisher wurden Pflegeeinrichtungen, wie zum Beispiel Heime, im Schnitt alle fünf Jahre überprüft. Ab 2011 werden Heime und ambulante Einrichtungen regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr geprüft (Regelprüfung). Bis dahin, also bis zum 31. Dezember 2010, müssen die Pflegekassen jedes zugelassene Heim oder jede Einrichtung mindestens einmal prüfen. Geprüft wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder von einem beauftragten Sachverständigen.

Müssen die Prüfungen unbedingt vom MDK durchgeführt werden?

Die Einrichtungen können selbst Prüfungen veranlassen. Unter bestimmten Voraussetzungen ersetzen diese Prüfungen die Qualitätsprüfungen des MDK, soweit es um die Struktur- und Prozessqualität der Einrichtung geht. Die Ergebnisqualität, also der Pflegezustand der Menschen und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen, wird aber immer vom MDK geprüft.



Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sichert die Qualität.

Berät der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die Heime auch?

Der Medizinische Dienst prüft nicht nur die Ergebnisqualität, sondern muss eine Einrichtung in Qualitätsfragen auch beraten und soll insbesondere Empfehlungen abgeben, wie Qualitätsmängeln vorzubeugen ist.

c. Verfahren bei Qualitätsmängeln

Welche Sanktionsmöglichkeiten gibt es gegenüber den Einrichtungen, wenn der Qualitätsbericht Mängel aufzeigt?

Es gibt ein abgestuftes Instrumentarium: Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden auf der Grundlage des MDK-Prüfberichts und nach Anhörung der Pflegeeinrichtung, ob und ggf. welche Maßnahmen getroffen werden müssen, um die festgestellten Mängel zu beseitigen. Die Pflegekassen erteilen dem Träger der Einrichtung darüber einen Mängelbescheid und



Heime und Pflegedienste werden vom Medizinischen Dienst überprüft und beraten.

setzen ihm zugleich eine zeitliche Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Wenn die Leistungen einer Pflegeeinrichtung nicht der erforderlichen Qualität entsprechen, verletzt sie ihre gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten und wirksamen Leistungserbringung. Ist dies der Fall, sind die vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen. Die Höhe des Kürzungsbetrages müssen Pflegekasse und Einrichtung einvernehmlich vereinbaren.

Welches Verfahren gibt es für Kündigungen der Pflegeheime?

Werden die Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrages von der Einrichtung nicht mehr erfüllt, können die Landesverbände der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe den Versorgungsvertrag ganz oder teilweise kündigen. Voraussetzung ist, dass die Landesverbände der Pflegekassen und der zuständige Träger der Sozialhilfe überzeugt sind, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nicht nur vorübergehend nicht erfüllen kann und wird.

Sind auch fristlose Kündigungen von Pflegeheimen möglich?

In besonders schwerwiegenden Fällen kann der Versorgungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist – also mit sofortiger Wirkung – gekündigt werden. Voraussetzung ist, dass die Pflichtverletzung der Pflegeeinrichtung derart gröblich ist, dass den Landesverbänden der Pflegekassen und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe ein Festhalten am Versorgungsvertrag nicht zumutbar ist.

d. Bürokratieabbau

Bürokratieabbau in der Pflege – wie und warum?

Um die Qualität der Pflege zu sichern und transparent zu machen, ist eine angemessene Dokumentation der Pflegetätigkeit unverzichtbar. Sie sollte aber so effizient wie möglich sein und ein vernünftiges Maß nicht

überschreiten. Hierüber treffen Kostenträger und Einrichtungsträger auf Bundesebene Vereinbarungen. Außerdem werden Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nur noch durchgeführt, wenn es konkrete Anhaltspunkte dafür gibt, dass die Zulassungsvoraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

Ziel dieser Vereinfachungen ist die Konzentration auf das Wesentliche, das heißt die Betreuung der Pflegebedürftigen.

e. Vertragsgestaltung zwischen Pflegeheimen und Pflegekassen

Welche Möglichkeiten haben Pflegeheime bei der Vertragsgestaltung?

Bei den Verhandlungen zwischen einer Pflegeeinrichtung und Kostenträgern über die Pflegesätze ist der Vergleich mit anderen Pflegeeinrichtungen möglich, wenn die Vertragsparteien dies wollen. Voraussetzung: Die zum Vergleich herangezogenen Einrichtungen müssen in Art und Größe sowie hinsichtlich der vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale gleichartig sein. Im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen ist neben Art, Inhalt und Umfang der Leistungen insbesondere auch die individuell von der Einrichtung benötigte Personalausstattung zu vereinbaren. Nicht nur die Höhe des Pflegesatzes wird bei den Verhandlungen über die stationäre Versorgung gemeinsam festgelegt, sondern auch die zu erbringende Leistung und deren Qualitätsmerkmale. Für anerkannte Härten können Zuschläge zu den Pflegesätzen der Pflegeklasse 3 vereinbart werden.

Die Träger der Pflegeeinrichtungen können darüber hinaus für ihre örtlich und organisatorisch miteinander verbundenen Einrichtungen, zum Beispiel einen Pflegedienst, eine Tagespflegeeinrichtung und ein Pflegeheim, einen Gesamtversorgungsvertrag abschließen, der es ihnen beispielsweise ermöglicht, in der Aufbauphase einer neuen Einrichtung oder bei Belastungsspitzen Personal flexibler als bisher einzusetzen.

f. Bezahlung der Pflegekräfte

Wie wird eine angemessene Bezahlung der Pflegekräfte gewährleistet?

Pflegeeinrichtungen müssen ihren Angestellten, also den Pflegekräften, ortsübliche Gehälter zahlen. Sonst erhalten sie keine Zulassung oder können eine bestehende Zulassung verlieren.



Pflegekräfte sorgen dafür, dass pflegebedürftige Menschen in Würde und Geborgenheit leben können.

5.2. Wie informiere ich mich über die Qualität einer Pflegeeinrichtung?

a. Wie wird Qualität geprüft?

Ab 2011 wird ein jährlicher Prüfturmus des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) eingeführt (Regelprüfung). Bis dahin wird jede zugelassene Pflegeeinrichtung mindestens einmal geprüft. Alle Prüfungen erfolgen grundsätzlich unangemeldet. Nur in Ausnahmefällen, zum Beispiel wenn es sich um eine Person handelt, die eine amtliche Betreuungsperson hat, muss die Prüfung vorher angemeldet werden. Bei den MDK-Prüfungen soll zukünftig der Schwerpunkt auf die Prüfung des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen gelegt werden (Ergebnisqualität).

b. Qualitätsberichte

Wo werden die Qualitätsberichte veröffentlicht?

Die Qualitätsberichte werden im Internet und in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht – verständlich, übersichtlich und vergleichbar. Diese Informationen werden auch bei den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern sowie in den Pflegestützpunkten erhältlich sein. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen darüber hinaus auch in der Pflegeeinrichtung selbst eine aktuelle Information über das Ergebnis der Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erhalten. Dabei sollen an gut sichtbarer Stelle, etwa im Eingangsbereich der Einrichtung, das Datum der letzten MDK-Prüfung, eine Zusammenfassung der aktuellen Prüfergebnisse sowie eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik ausgehängt werden.

Warum wurden noch keine Qualitätsberichte veröffentlicht bzw. ab wann gibt es verständliche Qualitätsberichte der Heime?

Der Startschuss für mehr Transparenz in der Pflege fiel im Sommer 2008 mit dem Inkrafttreten der letzten Pflegereform. Schritt für Schritt begannen der GKV-Spitzenverband und die Vertreter der Pflegeheime und -dienste, die Umsetzung zu organisieren. Beide Seiten verständigten sich im Herbst 2008 auf die grundlegende Entscheidung, Pflegenoten einzuführen. Im Anschluss daran konnten Ende 2008 (stationär) bzw. Anfang 2009 (ambulant) die konkreten Kriterien verabschiedet werden, anhand derer die Qualität bewertet werden soll. Zudem waren die Qualitätsprüfungs-Richtlinien vom 10. November 2005 durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu überarbeiten. Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien bilden die Grundlage der Qualitätsprüfungen für den ambulanten wie stationären Bereich. Es galt vor allem, eine Anpassung an die Prüfinhalte der Transparenzvereinbarungen sicherzustellen. Die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind seit dem 1. Juli 2009 in Kraft, die Prüfungen für die Heime werden jetzt laufend nach dem neuen Verfahren erstellt – damit ist der so genannte „Pflege-TÜV“ gestartet. Parallel dazu wird derzeit die technische Datenlieferung und -darstellung organisiert. Für diese Umsetzungsarbeiten der gesetzlichen Vorgaben sind ausschließlich die Partner der Selbstverwaltung zuständig, das Bundesministerium für Gesundheit hat hier keine Weisungsbefugnis.

Was wird bei der Prüfung bewertet?

Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen werden inhaltlich in verschiedene Bereiche eingeteilt. Jeder Bereich wird mit einer Teilnote bewertet. In Heimen wird der Fokus auf vier Teilgebiete gelegt:

1. Pflege und medizinische Versorgung des Versicherten
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern
3. soziale Betreuung und Alltagsgestaltung
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene

Bei ambulanten Diensten wird eine Teilnote in drei Bereichen vergeben:

1. pflegerische Leistungen
2. ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (z. B. Arzneimittelverabreichung, Blutdruckmessen)
3. Dienstleistung und Organisation (z. B. Einhaltung des Datenschutzes, Schulung der Mitarbeiter)

Ergänzt werden diese objektiven Prüfergebnisse jeweils durch eine Heimbewohner- bzw. Kundenbefragung. Die Noten hierfür werden jeweils separat ausgewiesen.

VI. Ich möchte mich in der Pflege zurechtfinden

Glossar – die wichtigsten Begriffe zur Pflege

Aktivierende Pflege

Unter aktivierender Pflege ist eine alltägliche Pflegepraxis zu verstehen, die die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Menschen fördert. Diese Form der Hilfe zur Selbsthilfe soll Pflegebedürftigen mehr Selbstbewusstsein vermitteln und aufzeigen, wie Betroffene den Alltag noch allein oder unter Beaufsichtigung bzw. Anleitung oder Unterstützung bestreiten können. Die aktivierende Pflege soll den Pflegebedürftigen helfen, vorhandene Fähigkeiten zur Selbstversorgung zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren.

Altenheim/Altenwohnheim

In Altenwohnheimen leben die Bewohnerinnen und Bewohner eigenständig in kleinen Wohnungen mit eigener Küche, haben aber auch die Gelegenheit, die Mahlzeiten in Gesellschaft der anderen Bewohnerinnen und Bewohner zu sich zu nehmen. Altenheime sind darauf ausgerichtet, alten Menschen, die nicht mehr eigenständig in der Lage sind, ihren Haushalt zu führen, pflegerische Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung zu gewährleisten. Auch hier leben die Bewohnerinnen und Bewohner oft in abgeschlossenen kleinen Wohnungen oder Appartements.

Ambulanter Pflegedienst

Der ambulante Pflegedienst unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause. Das Personal des Pflegedienstes kommt zu den Betroffenen nach Hause und hilft fach- und sachkundig bei der täglichen Pflege. Die ambulante Pflege ermöglicht Betroffenen, trotz Pflegebedürftigkeit in der vertrauten Umgebung zu bleiben. Pflegende Angehörige können zum Beispiel Beruf und Betreuung leichter organisieren.

Ambulante Versorgung

Das Leistungsangebot der häuslichen Pflege erstreckt sich über verschiedene Bereiche: pflegerische Tätigkeiten (zum Beispiel Körperpflege, Ernährung, Mobilisation und Lagerung), häusliche Krankenpflege (zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen), Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten (zum Beispiel Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten) sowie hauswirtschaftliche Versorgung (zum Beispiel Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung).

Begutachtungsfristen

Wer einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt hat, muss künftig unverzüglich, spätestens nach fünf Wochen, das Ergebnis von seiner Pflegekasse mitgeteilt bekommen. Eine verkürzte Frist von zwei Wochen gilt, wenn ein pflegender Angehöriger bei häuslicher Versorgung Pflegezeit beantragt hat, die in der Regel mit einer Notsituation einhergeht. Liegt der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, bei palliativer Versorgung im Hospiz oder ist während des Klinikaufenthalts ein Antrag auf Pflegezeit gestellt worden, verkürzt sich die Begutachtungsfrist auf eine Woche.

Betreute Wohnformen

Ambulant betreute Wohnformen und Senioren-Wohngemeinschaften spielen eine immer größere Rolle. Die Pflegereform ermöglicht, dass beispielsweise mehrere Bewohner einer Wohngemeinschaft Leistungen von ambulanten Pflegediensten oder von Einzelpflegekräften gemeinsam in Anspruch nehmen (das so genannte „Poolen“ von Leistungen). Durch das Zusammenlegen von Leistungsansprüchen in neuen Wohnformen können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die frei werdende Zeit ist vom ambulanten Pflegedienst ausschließlich im Interesse der am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen für die Betreuung zu nutzen. Das Poolen von Leistungen ist auch für Pflegebedürftige möglich, die beispielsweise im gleichen Wohnviertel wohnen.

Ehrenamtliches Engagement in der Pflege

Bürgerschaftliches Engagement ist ein wichtiger Pfeiler in der pflegerischen Versorgung. Engagierte Bürgerinnen und Bürger sowie Selbsthilfegruppen und -organisationen sollen dazu künftig besser in vernetzte Versorgungsangebote eingebunden und durch Schulungen qualifiziert werden. Das betrifft zum Beispiel Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene wie Betreuungsgruppen für demenziell erkrankte Menschen. Auch in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte werden engagierte Bürgerinnen und Bürger und beispielsweise Selbsthilfegruppen oftmals eingebunden und sie werden dort erreichbar sein.

Entlassungsmanagement

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus stehen Menschen, die pflegebedürftig sind, oft hilflos vor einer neuen Situation. Darum soll sich eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der Klinik noch während des Krankenhausaufenthalts um den pflegebedürftigen Menschen kümmern. Durch das so genannte Entlassungsmanagement sollen insbesondere die Krankenhäuser den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege gewährleisten. Die Organisation dieser Übergänge sollen erfahrene und qualifizierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger übernehmen.

Ergebnisqualität

Im Vordergrund der Überprüfung steht künftig die Ergebnisqualität. Das bedeutet: Die Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bewerten nicht nur die Aktendokumentation, sondern schwerpunktmäßig den Pflegezustand der Menschen und schauen sich genau an, ob und wie die eingeleiteten pflegerischen Maßnahmen wirken und ob Hinweise auf Pflegedefizite vorliegen (z. B. Druckgeschwüre oder Mangelernährung). Außerdem zählt die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen.

Fallmanagement

Siehe Pflegeberaterinnen und Pflegeberater.

Grundpflege

Die Grundpflege umfasst pflegerische Hilfen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Die hauswirtschaftliche Versorgung und Hilfen bei der Durchführung ärztlicher Verordnungen (zum Beispiel: Versorgung mit Medikamenten) zählen nicht dazu.

Härtefallregelung

Sind die Voraussetzungen der Pflegestufe III erfüllt und liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, kann die Härtefallregelung in Anspruch genommen werden. In diesem Fall gibt es höhere Leistungen.

Für die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegebedarfs im Sinne der Härtefallregelungen ist Voraussetzung,

- dass die Hilfe bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens sechs Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist, wobei bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen ist; oder
- dass die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann. Wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts muss dabei neben einer professionellen mindestens eine weitere Pflegeperson tätig werden, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (z. B. Angehörige.) Durch diese Festlegung soll erreicht werden, dass nicht mehrere Pflegekräfte eines Pflegedienstes hier tätig werden müssen.

Jedes der beiden Merkmale erfüllt bereits für sich die Voraussetzungen eines qualitativ und quantitativ weit über das übliche Maß der Grundvoraussetzung der Pflegestufe III hinausgehenden Pflegeaufwandes. Zusätzlich muss in jedem Fall ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein.

Heimarzt

Mit der Pflegereform 2008 ist es den Pflegeheimen möglich, einen Heimarzt zu beschäftigen. Die Voraussetzung ist, dass die örtliche Versorgungssituation nicht mit einer Kooperation von Einzelärzten bewältigt werden kann.

Kinderberücksichtigungsgesetz

Grundsätzlich müssen alle kinderlosen Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2005 zusätzlich zu dem allgemein geltenden Beitragssatz von 1,7 Prozent bis zum 30. Juni 2008 bzw. seit dem 1. Juli 2008 von 1,95 Prozent einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten, also insgesamt einen Beitragssatz von 1,95 Prozent bis zum 30. Juni 2008 bzw. 2,2 Prozent seit dem 1. Juli 2008, bezahlen. Ausgenommen sind nur kinderlose Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, Mitglieder bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II und Wehr- und Zivildienstleistende.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Bei akuter Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen können Beschäftigte bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernbleiben, um für einen nahen Angehörigen eine gute Pflege zu organisieren. Auf Verlangen des Arbeitgebers haben die Beschäftigten dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit des Angehörigen und die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorzulegen. Eine kurzzeitige Freistellung können alle Beschäftigten in Anspruch nehmen – unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber Beschäftigten.

Kurzzeitpflege

Viele Menschen sind nur für eine kurze Zeit auf Pflege angewiesen. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege. Mit der Pflegereform werden die Leistungen der Kurzzeitpflege wie bei der Pflegestufe III bei stationärer Pflege erhöht.

Kurzzeitpflege für Kinder

Mit der Pflegereform 2008 erhalten zu Hause gepflegte Kinder unter 18 Jahren erstmals die Möglichkeit, die Kurzzeitpflege auch in einer Einrichtung für behinderte Menschen oder in anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, wenn die Betreuung in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Im Auftrag der Pflegekassen überprüft der MDK, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Die Leistungsentscheidung trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK. Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen ist der MDK darüber hinaus auch für die Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zuständig.

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Das Leistungsspektrum rund um das Thema Pflege wird zunehmend komplexer. Die Pflegekassen werden verpflichtet, für ihre pflegebedürftigen Versicherten Pflegeberatung (Fallmanagement) anzubieten. Die Pflegeberaterin bzw. der Pflegeberater ist im Pflegestützpunkt anzusiedeln. Zu ihren Aufgaben in den Pflegestützpunkten zählt die Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen bei der Organisation der Pflege, angefangen bei der Vermittlung von Pflegediensten und Haushaltshilfen bis hin zu der Auswahl von Pflegeheimen oder anderen Betreuungseinrichtungen. Außerdem:

- Erledigung von Formalien sowie Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen über Leistungen
- Erarbeitung entscheidungsreifer Anträge
- Erstellung eines individuellen Versorgungsplans gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und allen anderen an der Pflege Beteiligten

- Veranlassung aller für den Versorgungsplan erforderlichen Maßnahmen, Begleitung bei der Durchführung sowie Vorschläge für eine Anpassung an veränderte Bedarfslagen

Pflegeheim

Hier leben die Bewohnerinnen und Bewohner in Einzel- oder Doppelzimmern; die früher üblichen Mehrbettzimmer sind heute seltener. Eine umfassende Versorgung und Betreuung ist gewährleistet. Das betrifft sowohl die pflegerische Versorgung, die medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung als auch die hauswirtschaftliche Versorgung.

In den meisten Einrichtungen findet man heutzutage eine Kombination der drei traditionellen Heimtypen Altenwohnheim, Altenheim und Pflegeheim.

Pflegerisiko

Darunter versteht man, dass mit zunehmendem Alter das Risiko steigt, pflegebedürftig zu werden. Nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass immer mehr Menschen wegen des demografischen Wandels in Zukunft auf Pflegeleistungen angewiesen sind. 2030 werden voraussichtlich über 3 Mio. Bürger davon betroffen sein.

Pflegestufen

Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Entsprechend dem Umfang des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen einer von drei Pflegestufen zugeordnet. Je nach Pflegestufe unterscheidet sich auch die Höhe der Leistungen. Der Versicherte hat die Möglichkeit, gegen die Entscheidung seiner Pflegekasse Widerspruch einzulegen.

Pflegestufe I: Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftigkeit

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftigkeit

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass der konkrete Hilfebedarf jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (rund um die Uhr).

Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens vier Stunden entfallen müssen.

Pflegestützpunkt

Menschen mit pflegerischem Hilfebedarf und denjenigen, die Betreuung und Pflege für einen Angehörigen organisieren wollen, kann eine wohnort-

nahe, zentrale Anlaufstelle zur Beantwortung aller Fragen zur Verfügung gestellt werden. Die Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes eingerichtet und bieten Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung. Pflegerische, medizinische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote können vermittelt und koordiniert werden. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind in den Pflegestützpunkten als Fallmanager tätig und betreuen Hilfesuchende auf Wunsch über einen längeren Zeitraum persönlich. Sie erstellen bei Bedarf einen individuellen Versorgungsplan. Bei ihnen können Pflegebedürftige wie auch ihre Angehörigen Anträge stellen, die dann umgehend an die zuständigen Stellen weitergeleitet werden. Die Altenhilfe der Kommunen, die Sozialhilfeträger, die örtlich tätigen Leistungserbringer und weitere Kostenträger wie die privaten Versicherungsunternehmen sollen sich an den Pflegestützpunkten beteiligen, so dass zum Beispiel auch Mitarbeiter der Alten- und Sozialhilfe unter dem gemeinsamen Dach des Pflegestützpunktes erreichbar sein werden. Darüber hinaus sollen ehrenamtlich Tätige und beispielsweise Selbsthilfegruppen einbezogen werden.

Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung ist als Teilkasko-Versicherung konzipiert worden. Das bedeutet: Die Leistungen aus der Pflegeversicherung decken einen Teil der Kosten, die für die Pflege eines Menschen nötig sind. Dadurch werden die Belastungen Pflegebedürftiger und deren Angehöriger gemindert. Sie ist der jüngste Versicherungszweig und existiert seit 1995 als eine umlagefinanzierte Pflichtversicherung im deutschen Sozialversicherungssystem. Die Pflegeversicherung bildet die fünfte Säule dieses Systems neben der Kranken-, Berufsunfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Pflegezeit

Beschäftigte haben Anspruch auf Freistellung von der Arbeit für längstens sechs Monate, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in

häuslicher Umgebung pflegen. Hierbei können Beschäftigte zwischen der vollständigen oder teilweisen Freistellung von der Arbeit wählen. Der Anspruch besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

„Poolen“ von Leistungen

Das so genannte Poolen von Leistungen bedeutet: Mehrere Pflegebedürftige bündeln die von ihnen benötigten Hilfeleistungen durch eine gemeinsame Inanspruchnahme. Durch dieses Zusammenlegen („Poolen“) von Leistungsansprüchen können insbesondere in neuen Wohnformen Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die frei werdende Zeit ist vom ambulanten Pflegedienst ausschließlich im Interesse der am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen für die Betreuung zu nutzen. Das „Poolen“ von Leistungen ist auch für Pflegebedürftige realisierbar, die zum Beispiel im gleichen Wohnviertel oder in der näheren Nachbarschaft wohnen.

Portabilität der Altersrückstellungen

Man versteht darunter, dass Alterungsrückstellungen „mitgenommen“ werden können, wenn man seine private Pflegeversicherung (PPV) wechselt. Dies gilt seit dem 1. Januar 2009 für bestehende Verträge ebenso wie für neue Abschlüsse.

Prävention/Rehabilitation

Mit finanziellen Anreizen sollen Anstrengungen von Einrichtungen der dauerhaften stationären Pflege in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation gefördert werden. Die Einrichtungen, denen es nach verstärkten aktivierenden und rehabilitierenden Bemühungen gelingt, den Pflegebedürftigen in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von 1.536 Euro.

Qualitätssicherung/Pflegequalität

Ab 2011 wird ein jährlicher Prüfturmus des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) eingeführt (Regelprüfung). Bis dahin wird jede zugelassene Pflegeeinrichtung mindestens einmal geprüft. Alle Prüfungen erfolgen grundsätzlich unangemeldet. Nur in Ausnahmefällen, zum Beispiel wenn es sich um eine Person handelt, die eine amtliche Betreuungsperson hat, muss die Prüfung vorher angemeldet werden. Bei den MDK-Prüfungen soll zukünftig der Schwerpunkt auf die Prüfung des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen gelegt werden (Ergebnisqualität).

Qualitätsstandards

Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch darauf, dass sie entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse gepflegt werden.

Mit der Pflegereform erhält deshalb die Selbstverwaltung auf Bundesebene den Auftrag, die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag). Denn Expertenstandards konkretisieren den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu einem bestimmten Thema, zum Beispiel zur Vermeidung des Wundliegens (Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege). Sie sind für alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen verbindlich.

Senioren-WG

Die Senioren-WG bietet die Möglichkeit, im Alter ein selbstständiges Leben zu führen und dabei mit anderen Menschen zusammen zu sein. Sind die Bewohnerinnen und Bewohner pflegebedürftig, können sie künftig ihren Anspruch auf grundpflegerische Leistungen und hauswirtschaftliche Versorgung bündeln und sich daraus ergebende Effizienzgewinne für den „Einkauf“ von zusätzlichen Betreuungsleistungen – beispielsweise Vorlesen – nutzen. Siehe auch unter „Poolen“ von Leistungen.

Tages- und Nachtpflege

Die Tagespflege wird in der Regel von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige tagsüber berufstätig sind. Die Pflegebedürftigen werden meist morgens abgeholt und nachmittags zurück nach Hause gebracht. Die Tagespflege findet in Pflegeheimen oder in einer Tagesstätte statt. Pflegebedürftige erhalten dort ihre Mahlzeiten, befinden sich in Gesellschaft und werden körperlich und geistig aktiviert. Mit der Pflegereform werden die Leistungen der Tages- und Nachtpflege erhöht.

Transparenz in der Pflege

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden künftig Berichte über die Qualität der Pflegeeinrichtungen im Internet sowie an anderen geeigneten Orten, z.B. in den Pflegestützpunkten, veröffentlicht. Die Veröffentlichung muss für die Verbraucher leicht verständlich, übersichtlich und vergleichbar sein. In den Pflegeeinrichtungen selbst müssen das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik und eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse gut sichtbar ausgehängt werden. Zur einheitlichen Bewertung der Prüfergebnisse haben sich der GKV-Spitzenverband und die Vertreter der Leistungserbringer für eine Bewertungssystematik ähnlich der Schulnoten entschieden. Die Noten für Pflegequalität sollen für mehr Transparenz bei den Angeboten von Heimen und Diensten sorgen. Auf einen Blick sollen Angehörige von Pflegebedürftigen sehen, ob die Dienstleister gute pflegerische Arbeit leisten, noch Entwicklungspotenzial haben oder Missstände abstellen müssen.

Verhinderungspflege

Die Pflegekasse zahlt eine notwendige Ersatzpflege, wenn pflegende Angehörige wegen Urlaubs oder wegen einer Erkrankung ihre Angehörigen nicht pflegen können. Dieser Anspruch besteht für maximal vier Wochen im Jahr. Man nennt dies Verhinderungspflege.

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

Gestaltung: BUTTER. Agentur für Werbung GmbH

Fotos: Julia Baier

Text und Konzeption: Zum goldenen Hirschen Berlin GmbH

Druck: Silber Druck oHG

Stand: Oktober 2009, 4. Auflage

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestell-Nr.:	BMG-P-07055
E-Mail:	publikationen@bundesregierung.de
Telefon:	01805/778090*
Fax:	01805/778094*
Schriftlich:	Publikationsversand der Bundesregierung Postfach 4810 09 18132 Rostock

* Kostenpflichtig, 14 Ct/Min. aus dem deutschen Festnetz,
abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich.

Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie von Montag bis Donnerstag zwischen 8 und 18 Uhr und Freitag zwischen 8 und 12 Uhr. Der Anruf ist kostenpflichtig.*

Fragen zum Versicherungsschutz

01805/9966-01*

Fragen zur Krankenversicherung

01805/9966-02*

Fragen zur Pflegeversicherung

01805/9966-03*

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

01805/9966-09*

Fragen zur Suchtvorbeugung

0221/892031**

Gehörlosen-/Hörgeschädigten-Service, Schreibtelefon

01805/9966-07*

Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefon

01805/9966-06*

Gebärdentelefon Video over IP

gebaerdentelefon.bmg@sip.bmg.buergerservice-bund.de

*Festpreis 14 Ct/Min., abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich.

** BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung, Mo. – Do. 10 bis 22 Uhr, Fr. – So. 10 bis 18 Uhr

Newsletter

Der BMG-Newsletter enthält Neuigkeiten und Informationen rund um die Themen Gesundheit, Pflege und gesundheitliche Prävention und wird Ihnen alle 14 Tage per E-Mail zugesandt. Sie finden das Anmeldeformular unter: www.bmg-newsletter.de

Versand von Publikationen

Materialien zu allen Bereichen des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie bestellen unter:

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 4810 09
18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 01805/778090*
Fax: 01805/778094*

Publikationsverzeichnis

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie unter Angabe der Bestellnummer BMG-G-07014 per E-Mail anfordern:
publikationen@bundesregierung.de

Internetportal

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter: www.bmg.bund.de

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.